PRIVATE
DEPOSITORY

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE

BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

FONDATEUR.
J. BAILLARGER

RÉDACTEUR EN CHEF :
RENÉ CHARPENTIER

113e Année - T. 2 - N° 2
Juillet 1955

SHL
WITHDRAWN

MASSON & Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

PUBLICATION PÉRIODIQUE
PARAISSANT 10 FOIS PAR AN

Ce numéro contient les Tables du Tome I de l'année 1955.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

ANCIENS REDACTEURS EN CHEF (1843-1930)

BAILLARGER, CERISE, LONGET,
BRIERRE DE BOISMONT, MOREAU (de Tours)
LUNIER, FOVILLE, RITTI, Henri COLIN

RÉDACTEUR EN CHEF : René CHARPENTIER

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. X... et P. ABÉLY, H. BARUK, H. BEAUDOUIN, P. BEAUSSART, P. COMBEMALE, P. COSSA, F. COURBON, J. DELAY, P. DELMAS-MARSALET, J. DUBLINEAU, J. EUZIÈRE, H. EY, A. FRIBOURG-BLANC, P. GUIRAUD, J. HAMEL, G. HEUYER, D. LAGACHE, J. LAUZIER, J. LÉPINE, J. LHERMITTE, L. MARCHAND, I. MICHAUX, E. MINKOWSKI, P. NAYRAC, F. PACTET, N. PERON, H. PIÉRON, A. POROT, G. RAVIART, M. RISER, Th. SIMON, G. VERNET, H. WALLON

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL (1955)

(L'abonnement part du 1er janvier)

France et Union Française	**3.900 frs**
Belgique et Luxembourg	**600 frs belges**
Autres pays	**$ U.S.A. 12**

(Ces prix sont également payables au cours des règlements commerciaux, le jour du paiement).

Changement d'adresse : 50 fr.

COLLECTIONS DISPONIBLES. CONDITIONS SUR DEMANDE

Années 1843 à 1954

Les annees *1844*, *1846* et *1847* sont épuisées.

Les années *1843*, *1848*, *1854*, *1860* et *1874* sont *rares* et ne peuvent être acquises qu'avec la collection.

L'année mixte 1914-1915 forme 2 volumes. L'année 1916 et l'année 1917 formant chacune un volume sont réunies pour la vente en une année mixte.

Tables

Table générale et alphabétique, Tome I (1843 à 1866). 1 vol.
Table générale et alphabétique, Tome II (1867 à 1878). 1 vol.
Table générale et alphabétique, Tome III (1879 à 1930.) 1 vol.
Table générale et alphabétique, Tome IV (1931 à 1950). 1 vol.

Chacun de ces 4 volumes contient une table alphabétique par noms d'auteurs et une table analytique des matières.

Cinquantenaire de la Société médico-psychologique, 1902, 1 vol.
Centenaire des Annales médico-psychologiques, 1943, 1 vol.
Centenaire de la Société médico-psychologique, 1952, 1 vol.

Les *Annales médico-psychologiques* forment chaque année 2 volumes in-8°

(*Les manuscrits non insérés ne sont pas rendus*)

Adresser tout qui concerne la Rédaction au Dr René CHARPENTIER,
27, Avenue de la Costa, Monte-Carlo.

SOMMAIRE DU N° 2 (tome II), JUILLET 1955

MEMOIRES ORIGINAUX

L. Michaux, I. Bertrand et Mlle Th. Lempérière. — Etude anatomo-clinique d'une encéphalite hypoglycémique 193
A. Donnadieu, M. Florentin et Mme Florentin. — Les incidents au cours du traitement des troubles mentaux par le largactil 205
M. Leconte et B. Halpern. — Etude positive des principaux problèmes que pose la sortie des malades mentaux internés 217
H. Aubin. — L'approche caractérologique en psychiatrie infantile 232

SOCIETE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 27 juin 1955

P. Lôo, Mlle G. Eloy et M. J.-P. Duflot. — A propos de quelques observations, hypothèses étiologiques des psychoses.... 252
R. Lafon, P. Passouant et J. Minvielle. — Etude électro-encéphalographique du sommeil des schizophrènes hébéphréno-catatoniques. Comparaison avec le tracé de repos et l'activation cardiazolique 258
J. Delay, A. Bourguignon, J. Buisson et M. Henne. — Troubles mentaux au cours d'une méningite tuberculeuse traitée par isoniazide 269
A. Blanchard, P. Marchais et M. Bachet. — Modifications tensionnelles rétiniennes au cours des réflexothérapies cutanées et intradermiques 275
A. Beley, C. Ganry et J.-F. Foncin. — Etiologies invoquées chez 578 enfants en cure fermée (étude statistique critique) .. 278

(Suite du sommaire page II).

CHATEAU DE L'HAŸ-LES-ROSES

2, rue Dispan, L'HAŸ-LES-ROSES (Seine) Rob. 30-05

DOCTEUR J. MAILLARD
Ex-Chef de Clinique à la Faculté
Médecin des hôpitaux psychiatriques

HYDROTHÉRAPIE, PYRÉTOTHÉRAPIE, INSULINOTHÉRAPIE, DIATHERMIE

G. Daumézon, Mlle J. Cor et J. Rudrauf. — Données statistiques sur les tentatives de suicide chez les alcooliques entrés à l'Admission de Sainte-Anne 286

G. Daumézon et Mlle S. Ellenberger. — Fonctionnement d'un dispensaire urbain de post-cure 292

Election de quatre membres titulaires (MM. A. Beley, L. Fromenty, P. Deniker et V.-J. Durand) 298

Election de membres correspondants nationaux (MM. R. Volmat et J. Fraillon) 298

SOCIETES

Société française de neurologie

Séance du 5 mai 1955

L. Michaux, J.-M. Harl et J. Gruner. — Evolution démentielle de deux cas de sclérose latérale amyotrophique accompagnée d'aphasie 299

A. Baudouin et Mme Plagnol-Dupeyron. — Détection des tumeurs cérébrales par les radio-isotopes 299

Th. Alajouanine, J. Nehlil et H. Billet. — Etude artériographique d'un hématome non anévrysmal 299

R. Lafon, C.-L. Gros, J. Minvielle et B. Vlahovitch. — Séquelles anatomo-cliniques des thromboses carotidiennes 300

R. Lafon, J.-P. Temple et J. Minvielle. — Hémiplégie récessive au cours d'une polyglobulie et persistance d'une thrombose de la cérébrale antérieure 300

J. Guillaume et J.-P. Caron. — Adénome hypophysaire à développement intra-cérébral. Symptômes neurologiques aberrants 300

S. Daum et J. Gruner. — Comas à répétition au cours d'un myxœdème hypophysaire, vérification anatomique 300

P. Delmas-Marsalet. — Analyse myographique des électro-encéphalogrammes. La signification des fuseaux réguliers 301

Th. Alajouanine, I. Bertrand, G. Boudin et B. Pépin. — Etude anatomo-clinique d'un cas de pseudo-sclérose de Westphall-Strumpell.. 301

J. Lereboullet, L. Vidart et Cl.-A. Mstutz. — Guérison spectaculaire par la réserpine.. 301

Groupement français d'études de neuro-psychopathologie infantile

Séance du 16 mai 1955

Cl. Launay et Mme Delthil. — Etude de classes d'amblyopes 302

J. Dublineau et Mme Soboul. — Rapports de la gaucheté avec l'accouchement par le siège et l'ictère congénital 302

(Suite du sommaire page IV).

VILLA DES PAGES

40, avenue Horace-Vernet

(Tél. Princesse 00-12) **LE VESINET** (S.-et-O.)

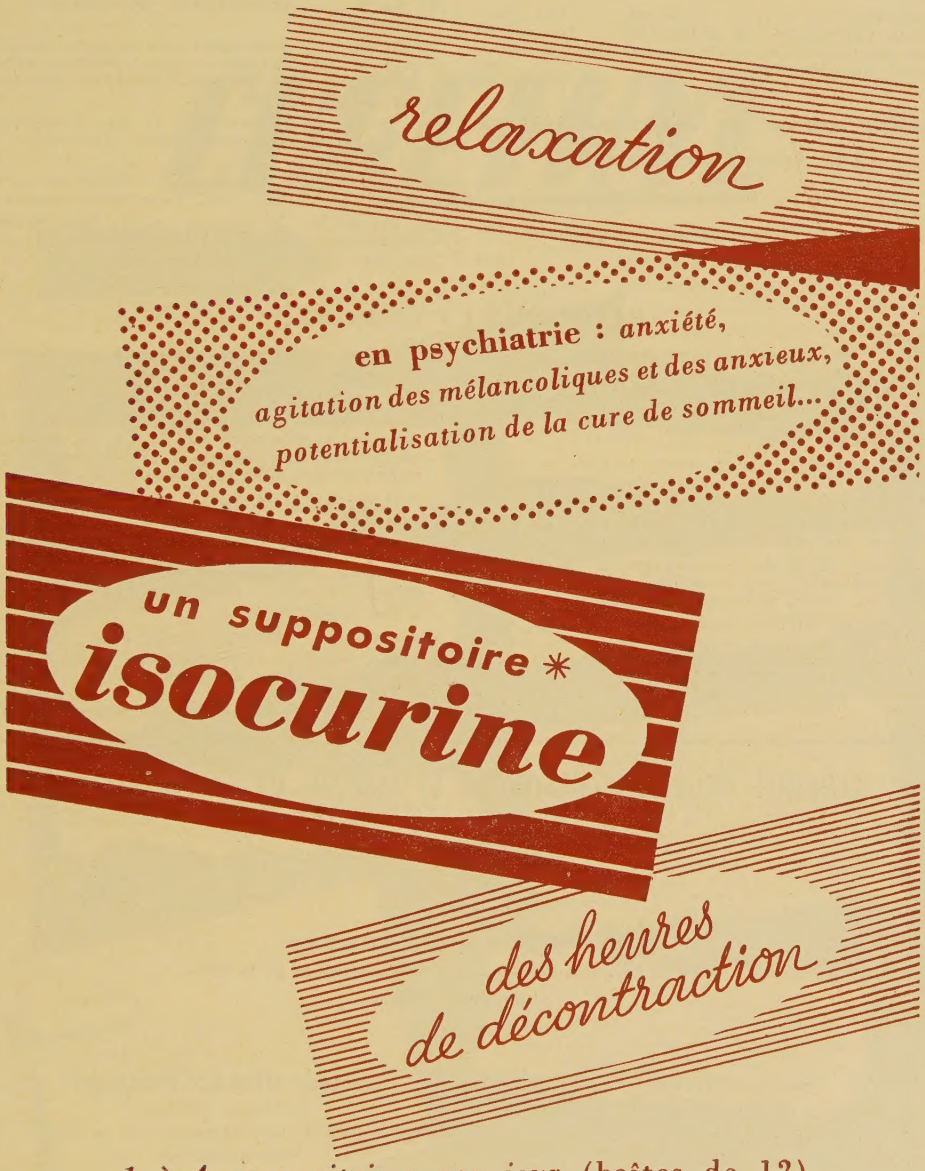
AFFECTIONS NERVEUSES
MALADIES DE LA NUTRITION

ATELIERS THÉRAPEUTIQUES

Toutes les applications modernes psychothérapiques et biologiques

Docteurs : P. LECLERCQ

Roger LEULIER, Ancien chef de clinique à la Faculté de Paris



1 à 4 suppositoires par jour (boîtes de 12)

LES LABORATOIRES BRUNEAU & Cie 17, RUE DE BERRI - PARIS-8e

* *L'infracurarisation* **par voie rectale,** *technique de sécurité, provoque une hypotonie musculaire régulière et prolongée, avec diminution de la tension nerveuse.*

A. Tournay et Mme Albitrotia. — Essais sur la main en dysgénèse de l'image de soi 302

L. Michaux et Mlle C. Juredieu. — Les réactions névrotiques de culpabilité et les activités auto-punitives après renonciation à l'anorexie intentionnelle 303

Société suisse de médecine interne

23e Assemblée annuelle

Genève, 14-15 mai 1955

H.-L. Shaham. — L'insuffisance hypophysaire 303

W. Löffler. — L'anorexie mentale 304

Ch. Durand. — Psychogénèse et traitement de l'anorexie mentale 304

R. Luft. — Insuffisance hypophysaire post-opératoire 304

F. Martin. — Pathologie des aspects neurologiques et psychiatriques dans quelques manifestations carentielles avec troubles digestifs et neuro-endocriniens 304

Cl. Wild, B.-R. Scazziga et Cl. Reymond. — Troubles métaboliques dans l'anorexie mentale 305

P. Galletti et A. Labhart. — Etude de la fonction thyroïdienne dans l'anorexie mentale 305

D. Staehelin, K. Reber et R. Bühlmann. — L'équilibre acide-base dans l'anorexie mentale et dans l'état de famine aigu 305

REUNIONS ET CONGRES

Réunion psychiatrique de Strasbourg-Nancy

Séance du 7 mai 1955

Th. Kammerer, L. Israël et R. Dorey. — Alternance de deux personnalités dans un délire de persécution 306

M. Hacquart, Arnould, J. Henry et J. Mercier. — Une tentative de suicide au rimifon . 306

L. Singer, Mlles Cl. Felsenstein, J. Nicolas et M. Y. Becker. — A propos du symbolisme dans un délire érotique et mystique 306

G. Boittelle, Mme Cl. Boittelle-Lentulo, J. Forget, A. Antoine et Ruyer. — A propos du régime de semi-liberté des malades internés à l'hôpital psychiatrique de Lorquin 307

Mme Kastler-Maitron. — Quelques considérations sur l'alcoolisme chronique chez la femme 307

Th. Kammerer, L. Singer, A. Dany, Mme Thiébaux et A. Wackenheim. — Un cas de syndrome de Crouzon associé à une myopathie ; trépanation des canaux optiques 307

A. Wackenheim, Y. Becker et J. Nevers. — Automutilation oculaire dans un cas de mélancolie 308

G. Boittelle, Mme Cl. Boittelle-Lentulo, M. Ruyer, A. Dany et J. Forget. — A propos d'une observation 308

Ch. Feuillet, Mlle Th. Dampt et M. Mercier. — Les rémissions thérapeutiques tardives. Catamnèse d'une série de 60 cas 308

(Suite du sommaire page VI).

CLINIQUE NEURO-PSYCHIATRIQUE ET MAISON DE CONVALESCENCE

du Docteur J.-B. BUVAT

DOCTEURS

G. VILLEY et J.-Fr. BUVAT

Anciens Internes des hôpitaux psychiatriques de la Seine

Médecins-Directeurs

Docteur BUVAT-COTTIN
Ancien Interne provisoire
des hôpitaux de Paris
Médecin-traitant

Docteur BUVAT-POCHON
Ancienne Interne
des hôpitaux psychiatriques de la Seine
Médecin-traitant

VILLA MONTSOURIS
130, Rue de la Glacière, PARIS (13e)
Mardi, Samedi 14 h. 30 - 16 h. 30
Tél. Gob. 26-52 et 26-53

L'ABBAYE
VITRY-CHATILLON (S.-et-O.)
Jeudi 14 h. 30 - 16 h. 30
Tél. Belle-Épine 40-76

TRAITEMENT DES MALADIES NERVEUSES

CURETHYL

DÉSINTOXICATION ALCOOLIQUE
ÉTAT DE BESOIN

SPÉCIALITÉS REMBOURSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Curéthyl (ALCOOL GLUCOSÉ HÉPATISÉ) — AMPOULES I.V. 30. CC

Curéthyl B (NICOTINAMIDE ADÉNINE) — AMPOULES I.M. 5. CC

COMPRIMÉS DRAGÉIFIÉS — Curéthyl B Cotalbé

DOCUMENTATION ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

PRÉVENTION EN CLIENTÈLE ÉTATS PRÉCARENTIELS B

L'alcoolisme est une MALADIE qui doit être attaquée par des remèdes médicamenteux et des moyens psychiatriques.
(24e Congrès International contre l'Alcoolisme.)

L'alcoolisme n'est pas une fatalité.
Professeur PERRIN

La stéatose et la cirrhose alcoolique sont la conséquence de troubles carentiels créés par l'alcool dans le tractus digestif.
GIRARD, PLAUCHU, LOISY.

Les enfants d'alcooliques fournissent plus de morts que ceux des syphilitiques et des tuberculeux mis ensemble
Professeur ARONDEL

«Il s'agit d'un mal social, et qui dit mal social dit un effort de thérapeutique et de prévention.»
Professeur DEBRE

En ce qui concerne les techniques des traitements, les Médecins participant au 24e Congrès International contre l'Alcoolisme, ont constaté que les promoteurs des trois principales d'entre elles (Alcool Intraveineux et Vitamines B - Apomorphine - Disulfirame) étaient d'accord pour reconnaître que toutes trois étaient efficaces et devaient être employées, compte tenu de la personnalité, de l'entourage du buveur et du moment.

PRODUIT SOUS CACHET

TETRAETHYLTHIURAME - DISULFURE
NICOTINAMIDE-ADÉNINE
EXTRAIT HÉPATIQUE
(T.T.D. - B3 B4)

Posologie du T.T.D.

«La MALADIE sociale que représentent les différentes intoxications auxquelles se voue l'espèce humaine, ne recule pas; dans nos pays de civilisation occidentale : l'Europe, l'Amérique du Nord et du Sud, l'Afrique, l'alcoolisme progresse.»
Professeur DEBRE

LABORATOIRES CHABRE FRÈRES
TOULON

H. Maurel et Mlle Wilhelm. — Sur l'utilisation de la réserpine en thérapeutique psychiatrique 308
L. Israël, A. Dany et P. Geissmann. — Présentation de quelques cas de syndrome de Korsakoff post-traumatique 309
Fr. Rohmer, L. Israël et A. Wackenheim. — Etude électro-encéphalographique de 18 cas de paralysie générale 309

Réunion neurologique helvéto-belge et 76e Assemblée de la société suisse de neurologie

Séance du 11 juin 1955

Bamatter, R. Fankhauser et Roth. — La toxoplasmose humaine et animale 310
M. Monnier. — Altérations de l'électro-encéphalogramme dans les cas d'embryopathie (toxoplasmose, rubéole) 311
J. François, R. Steffens et A. de Rouck. — L'électro-encéphalographie dans les toxoplasmoses 311
J. François. — Toxoplasmose oculaire congénitale 311
Bernier, M. Brihaye-Van Geertruyden, P. Danis et R. Parmentier. — Etude anatomo-clinique d'un cas de toxoplasmose 312

Séance du 12 juin 1955

F. Bremer, J. Brihaye et G. André-Balisaux. — Physiologie et pathologie du corps calleux 312
M. Jéquier et E. Wildi. — Le syndrome de Marchiafava 313
J. Brihaye, P. Gillet, R. Parmentier et A. Peetrons. — Agénésie du corps calleux 313
M. Verspreeuwen. — Agénésie du corps calleux diagnostiquée par la radiographie 313
N. Henneaux. — Agénésie du corps calleux 313
P. Van Gehuchten. — Quelques cas de tumeurs du corps calleux 314
J. Van Laere et G. Hoffmann. — Méningiome du confluent sinus longitudinal inférieur-sinus droit 314

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

Psychiatrie.

J. Delay, P. Pichot, Th. Lempérière et J. Perse. — Le test de Rorschach et la personnalité épileptique 315
K. Schneider. — Psychopathologie clinique 316
E. Kretschmer. — Constitution et caractère 318

Neurologie.

J.-F. Dereux. — Le syndrome de Kojevnikoff, épilepsie partielle continue 319
M. Bonvenuti. — Introduction à la neurologie clinique infantile 320

(*Suite du sommaire page VII*).

BELLADÉNAL

FRÉNATEUR DU VAGUE SÉDATIF
DES CENTRES SOUS-CORTICAUX

COMPRIMÉS ★ SUPPOSITOIRES

Laboratoires SANDOZ S.A.R.L. - 6, rue de Penthièvre, PARIS - 8

Psychanalyse.

H. Orgler. — Alfred Adler et son œuvre, libération du complexe d'infériorité 321

Problèmes médico-psychologiques.

R. Biot. — Vocation de la médecine française 322

R.P. Beirnaert, R. Biot, G. Boumard, M. Eck, P. Galimard, J.-J. Gillon, l'Abbé M. Oraison, G. Richard et E. Sivrière. — Médecine et guérison 323

Thérapeutique.

R. Planche. — Evolution de la thérapeutique des délires aigus alcooliques 325

E. Speer. — Rapports de la cinquième semaine psychothérapique de Lindau 1954 325

JOURNAUX ET REVUES

Psychiatrie.

J. Delay. — Névrose et création 327

W. M. Millar. — Méthodes d'enseignement en psychiatrie 328

J. Torres Norry. — La pathologie classique et ses contradictions 328

F. Gorriti. — De nouveaux plans psychiatriques 328

P. Verhaegen. — Les affections neurologiques et psychiatriques au Congo belge 328

E. M. Gruenberg. — Conditions sociales et psychoses des gens âgés 329

E. W. Busse, R. H. Barnes, A. J. Silverman, C. M. Shy, M. Thaler et L. L. Frost. — Etudes sur le processus de la vieillesse ; facteurs qui influencent la mentalité des personnes âgées 329

S. Bermann. — Progrès en médecine psychosomatique 330

J. Wilder. — Médecine somatopsychique .. 330

J. Riou. — Coexistence de quelques maladies psycho-somatiques avec une tuberculose pulmonaire. Réflexions sur la phtisiogénèse. 330

P. Frumusan et R. Cattan. — Le problème de la maladie ulcéreuse 331

R. Lafon, P. Pagès, R. Labauge, A. Pagès et A. Bonneton. — Manifestations neuro-psychiatriques et anachlorhydrie gastrique 331

A. I. Nesterov. — Le nervisme dans la pathogénèse du rhumatisme et la valeur du rôle du tissu conjonctif 332

O. Meco. — Etats conditionnés végétatifs et névrose expérimentale 332

D. Noble, B. Price et R. Gilder. — Des troubles mentaux consécutifs aux amputations 332

R. Lafon, P. Pagès, R. Labauge, J.-P. Temple et A. Pagès. — Orientation actuelle des recherches dans l'étude du syndrome dit subjectif des traumatismes craniens 333

W. L. Doust. — Des différences dans le développement dysplasique de malades atteints de troubles mentaux. Appréciation du profil de l'immaturité émotionnelle 333

G. H. Larue et J. Tellier. — Métastases cérébrales et pulmonaires d'une tumeur de Grawitz 334

E. Minkowski. — Problèmes pathographiques. A propos de la récente traduction française de l'ouvrage de Karl Jaspers : Strindberg et Van Gogh, Hoelderlin et Svendenborg 334

(Suite du sommaire page VIII).

MAISON DE SANTÉ DE

SAINT-MANDÉ

Fondée par le Dr J. Hercouet

15, rue Jeanne-d'Arc, SAINT-MANDÉ (Seine)

Téléphone : DAUMESNIL 45-60 (3 lignes)

Directeur : Dr TISON

Dr LEROY — Dr MAURICE — Dr CORNUCHÉ

Etablissement médical pour le traitement des AFFECTIONS NERVEUSES des TOXICOMANIES des MALADIES de la NUTRITION

Situation exceptionnelle à la porte de Paris.
Installation technique de premier ordre.
Douze villas dans un grand parc

ELECTRO-CHOC — INSULINOTHÉRAPIE

ELECTRO-ENCÉPHALOGRAPHIE

F. Gorriti. — Personnalité des pythonisses 334
J. Delay et R. Volmat. — Le cinéma au service de la médecine : l'art psychopathologique. Images de la folie 335
J. A. Meerloo. — La méthode stratégique pawlovienne comme moyen de reproduire le menticide 335
M. Siguan. — Pour l'interprétation du T.A.T. répertoire de thèmes fréquents dans chaque planche 335
M. Balconi. — Le dessin appliqué aux fables de Düss 335
E. Zara et E. Buondonno. — Application et considérations sur le test myokinétique de Mira y Lopez 336
E. de Renzi. — La classification numérique des réponses dans le test de Rorschach. Application clinique chez les névrotiques et les schizophrènes 336
L. Massignan. — Rorschach et schizophrénie 336
C. W. Wahl. — De quelques facteurs familiaux comme antécédents chez 392 schizophrènes 336
H. Rotondo. — Attitudes des schizophrènes à l'égard respectivement de la vie et de la mort 337
A. B. Hollingshead et F. G. Redlich. — La schizophrénie et les classes sociales 337
H. Solms. — Psychoses provoquées artificiellement. (Leur importance dans les recherches récentes sur la schizophrénie) 338
G. Pollini. — Peut-on admettre la schizasthénie comme forme mentale morbide autonome ? 338
A. Bacharach. — L'asthénie du déporté .. 339
A. Schick. — Sur la dépression prémenstruelle 339
J. C. Cavalcanti Borges. — Psychoses survenues pendant la grossesse et la puerpéralité .. 339
J. A. Garcia. — Psychoses dans le cycle gravido-puerpéral 340
N. Persic. — Psychoses pendant une épidémie de grippe 340
G. Decrop. — Psychose atébrinique chez une malade ayant présenté des manifestations encéphalitiques au cours d'une typhoïde .. 340
J. P. Goobar. — Le tableau psychique dans la brucellose chronique 340
G. Boudin et J. Barbizet. — Encéphalopathie toxique avec syndrome basedowien 341
L. Kanner. — Oligophrénies 341
G. Fattovich. — Sur la forme de Kufs de l'idiotie amaurotique 341
R. Garcin. — Sclérose tubéreuse de Bourneville 342
L. et J. Gayral. — Dysostose mandibulo-faciale (syndrome de Franceschetti). Aspects neuropsychiatriques 342
M. Williams et H. V. Smith. — Troubles mentaux dans la méningite tuberculeuse 342
M. Williams et J. Pennybacker. — Des troubles de la mémoire dans les tumeurs du troisième ventricule 343
D. P. Jones et S. Nevin. — Dégénérescence cérébrale rapidement progressive (encéphalopathie vasculaire subaiguë) avec troubles mentaux, symptômes focaux et épilepsie myoclonique 343
A. Meyer, D. Leigh et C. E. Bagg. — Une démence présénile rare associée à une cécité corticale (syndrome d'Heidenhain) 344
N. Rojas. — Maladie de Pick atypique. Etude clinique et encéphalographique 344

(*Suite du sommaire page X*).

LA RÉÉDUCATION
APRÈS PSYCHOCHIRURGIE

" Les Bois Saint Joseph d'Hyères "

CARQUEIRANNE (Var) — Tél. 30

Maison conventionnée par la Sécurité Sociale,
l'Assistance Médicale Gratuite, l'article 69, la S.N.C.F., etc...

Le plus grand confort dans un site incomparable face aux Iles d'Or
Rééducation à base de psychothérapie,
d'ergothérapie et de culture physique.

Docteur CHARVET
Chirurgien-Directeur

Docteur Marc JACQUEL
Ancien Médecin-Chef des Hôpitaux Psychiatriques

Épilepsie...

APAROXAL

CACHETS

Formule A : dosée à 0 gr. 10 par cachet (pour adultes)
Formule E : dosée à 0 gr. 05 par cachet (pour enfants)

Un long recul...

Plusieurs milliers de traitements poursuivis pendant 25 ans
ont prouvé
l'efficacité et la parfaite tolérance de l'**Aparoxal**

Aucun accident n'a jamais été signalé

Insomnie et nervosisme mineur...

APAROXAL

GOUTTES

INSOMNIES,
ANXIÉTÉS,
ANGOISSES,
PETITS TROUBLES CARACTÉRIELS,
TICS, CHORÉE.

10 à 25 gouttes trois fois par jour.
Si nécessaire doubler la dose vespérale.

Echantillons et littérature :
Laboratoire Dr VEYRON et FROMENT
80, Rue de Monte-Cristo -:- MARSEILLE

G. Fattovich. — Sur la maladie de Pick . 344
G. El. Assal. — Le suicide en Egypte 345
A.-J. Chaumont, A. Oppermann et A. Batzenschlager. — Suicide et accidents par ingestion de caustiques 345
L. Langeron, L. Croccel et D. de Swarte. — Intoxication volontaire par la chlorpromazine (4560 R.P.) 345

Neurologie.

H. Roger. — Le professeur J.-A. Sicard, sa vie et son œuvre 345
E. Landau. — Quelques mots sur le réflexe radio-pronateur supérieur 346
B. Weil et H. Hécaen. — Sur l'agnosie tactile localisée. Etude des « oscillations de la fonction » 346
A. Sciorta. — Sur la pathogénie de l'acrocéphalosyndactylie 346
J. Delage. — Dysostoses craniennes. Présentation de deux cas de cranio-sténose (Dysostose cranio-faciale de Crouzon et acrocéphalosyndactylie) et d'un cas d'hypertélorisme oculaire avec agénésie du corps calleux 347
A. Ravina. — Résultats fournis par l'examen des électro-encéphalogrammes et des clichés radiographiques du crâne des boxeurs 347
M. Creyx, J. Leng-Lévy, A. Serres et F. David-Chausse. — A propos de quelques observations d'accidents neurologiques au cours d'infarctus du myocarde 347
J. Cambier. — Le coma hépatique 348
A. Thévenard. — Le diagnostic clinique rapide de la myasthénie à son début. Valeur du signe de l'orbiculaire des paupières et de sa recherche combiné avec l'injection-test de prostigmine 348
A. Hosotte, M. Ferrand, J. Philippon, D. Widlocher et R. Soulayrol. — Deux cas de paralysie périodique familiale 349
R. Even et M.-C. Sors. — Forme médiastinale de neuro-lipomatose 349
G. Lazorthes et J. Coll. — L'atteinte du nerf auditif dans les malformations de la charnière occipito-vertébrale 349
D. Philippidès, R. Steimlé, A. Brini et B. Montreuil. — A propos des complications neuro-ophtalmologiques de l'artériographie cérébrale 350
F. Barontini. — Sur les altérations du fond de l'œil dans les traumatismes fermés du crâne 350
M.-A. Quère. — Les manifestations ophtalmologiques des atrophies cérébrales 351
R. Lafon, R. Cazaban, J. Minvielle et G. Olivier. — A propos d'un syndrome d'Adie 351
J. Duplay, M. Bérard-Badier, P. Cossa et J. Ranque. — A propos d'un cas de cénurose cérébrale 351
P. Janssen. — Sur un cas de cysticercose cérébrale chez le Noir 351
J. Q. Trelles et R. Ravens. — Etudes sur la neurocysticercose. Lésions vasculaires, méningées, épendymaires et névrogliques 352
Carayon, Sankale, Willm, Prévost. — Les complications cérébro-méningées des filarioses 352
G. Glück, V. Floris et P. Severini. — Encéphalite pétéchiale 352
J. Cambier. — Encéphalites et méningites herpétiques humaines 353

(Suite du sommaire page XI).

A. Lévy. — Infantilisme par encéphalite méconnue due à une diphtérie également responsable de lésions cardiaques graves 353

R. Pauly. — Sur un cas d'encéphalite avec cérébellite par hérédo-syphilis tardive évolutive à réactions biologiques négatives. Importante amélioration par la thérapeutique spécifique 353

J.-P. Lévy, M. Achard et M. Champy. — A propos d'un cas d'uvéoencéphalite non traumatique 354

M. Feld. — La ventriculographie a minima dans les hydrocéphalies ventriculaires 354

G. Aléma et G. Castorina. — Le tableau clinique et angiographique de l'occlusion de l'artère sylvienne 354

L. Barraquer-Bordas, A. Bachs et J. Barraquer-Moner. - La forme subaiguë de la thrombophlébite du sinus caverneux 354

J. Marty, R. Renner, R. Rispe, B. Bouvet, P. Navarranne et J. Mollaret. — Thrombo-artérite oblitérante diffuse rickettsienne 354

J. Brun et B. Duperrat. — Sarcoïdose de Besnier-Bœck-Schaumann avec granulome silicotique cutané ; valeur séméiologique des troubles nerveux 355

E. Lainé, J.-M. Delandtsheer, P. Calibert et Mlle Delandtsheer. — Les données phlébographiques dans les tumeurs des hémisphères et des noyaux gris centraux. Etude systématique des éléments du phlébogramme profond pathologique dans les tumeurs sus-tentorielles, superficielles et profondes 355

P. Janssen et A. Piraux. — Tumeurs cérébrales chez le Noir 355

K. J. Zuelch. — Sur les sarcomes primaires du cerveau 356

M. Riser, G. Lazorthes, J. Géraud et Rouleau. — L'encéphalographie fractionnée dans le diagnostic des tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux ; méningiomes et neurinomes du VIII 356

M. Riser, J. Ducoudray et G. Lazorthes. — Neurinome bilatéral de l'acoustique. Diagnostic par encéphalographie fractionnée. Exérèse totale 356

A. Gerebetzoff et S. Thiry. — Du polymorphisme dans les neuroblastomes du système nerveux central 356

F. Barontini. — Sur la leptoméningomélanoblastomatose 357

Ch. Stabert, D. Ferey et Javalet. — Découvertes d'un méningiome homolatéral à l'hémiplégie grâce à l'artériographie carotidienne, avec compression de la carotide du côté opposé 357

M. Ombrédanne et J. Siardet. — Méningite otitique récidivante 357

E. Schneegans, A. Haarscher, F. Isch et Mlle M. Lévy. — Arachnoïdite spinale et syndrome de décérébration au cours d'une méningite tuberculeuse ; guérison 357

F. Thiébaut, F. Rohmer et M. Mengus. — Hémianopsie, séquelle d'une méningite tuberculeuse 358

V. Floris et C. Morocutti. — Problèmes actuels de pathologie, de clinique et de thérapeutique de la tuberculose cérébrale en foyer 358

V. Bergamini, S. Broglia, F. Marossero et A. Rivolta. — Association de foyer cortical temporal avec bouffées paroxystiques de pointes-ondes bilatérales 358

H. Hécaen et J. de Ajuriaguerra. — Le syndrome praxique et gnosique au cours des lésions de l'hémisphère droit ; rôle respectif des lé-

(*Suite du sommaire page XIV*).

MAISON DE SANTÉ D'ÉPINAY-SUR-SEINE

Dr TARRIUS

Dr F. BRISSON Dr P. CITROME

6, Avenue de la République, EPINAY-sur-SEINE

Téléphone : Plaine 00-68

Maladies mentales et nerveuses des deux sexes
Désintoxications - Cures de repos - Electrochocs
Cures de sommeil - Insulinothérapie - Narco-Analyses
Radiographie - Electro-Narcoses - Encéphalographies gazeuses

PAVILLONS SÉPARÉS ET VILLAS PARTICULIÈRES

très confortables au milieu d'un parc de 15 hectares

CHAPELLE

L'établissement est largement ouvert à tous les Médecins qui peuvent continuer d'y traiter leurs malades

Moyens de communication : Autobus nº 154, Métro Pleyel-Enghien. — Chemin de fer gare du Nord, trajet en 10 minutes. — Automobiles, route d'Enghien, 7 kilomètres de Paris. Autobus 138 Porte de Clichy — Eglise d'Epinay.

Neuroplégique

LARGACTIL

CHLORHYDRATE de CHLORO-3 (DIMÉTHYLAMINO-3' PROPYL)-10 PHÉNOTHIAZINE

(Chlorpromazine)

4560 R.P.

NEURO-PSYCHIATRIE

AGITATION PSYCHOMOTRICE
ÉTATS CONFUSIONNELS
ÉTATS ANXIEUX · DÉPRESSIONS
OBSESSIONS · CÉNESTOPATHIES
INSOMNIES REBELLES
CURES DE SOMMEIL
NÉVRALGIES · ALGIES DIVERSES
DYSTONIES NEURO-VÉGÉTATIVES

AMPOULES de 5 ml dosées à 25 mg pour injections intramusculaires profondes *(boîtes de 10)*

AMPOULES de 2 ml dosées à 50 mg pour perfusions intraveineuses *(boîtes de 5)*

COMPRIMÉS dosés à 25 mg *(flacons de 50)*

SUPPOSITOIRES dosés à 100 mg de base *(boîtes de 5)*

SUPPOSITOIRES dosés à 25 mg de base *(boîtes de 5)*

GOUTTES une goutte = 1 mg *(flacons de 10 ml)*

Remboursé par la Sécurité Sociale

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
MARQUES
RHÔNE POULENC
PARIS
INFORMATION MÉDICALE
28, COURS ALBERT 1er · TÉL. BAL. 10-70
Boîte postale 55-08 Paris 8e

DOCUMENTATION ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

Tome II. — N° 2 Juillet 1955

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

ETUDE ANATOMO-CLINIQUE D'UNE ENCÉPHALITE HYPOGLYCÉMIQUE

PAR

Léon MICHAUX, I. BERTRAND et Mlle Th. LEMPÉRIÈRE

Les comas post-hypoglycémiques terminés par une issue fatale sont relativement rares au cours des cures de Sakel. Les observations anatomo-cliniques détaillées sont peu nombreuses, aussi nous a-t-il paru intéressant de rapporter l'observation suivante.

Mme L..., 30 ans, est hospitalisée à la Salpêtrière le 8 septembre 1951 pour un état schizophrénique. Les premiers troubles mentaux sont apparus trois ans auparavant, après la naissance d'un troisième enfant : apragmatisme progressif, indifférence affective, rires immotivés, vagues idées de persécution ; son incurie est telle que ses enfants lui sont retirés et confiés à l'Assistance publique. Puis elle se sépare de son mari, alcoolique invétéré. Elle travaille épisodiquement comme domestique, séjourne quelque temps chez une tante, puis va d'hôtel en hôtel. Quinze jours avant l'hospitalisation, les troubles mentaux s'exagèrent. Au cours d'un raptus anxieux, elle s'enfuit une nuit de son hôtel. Des voix lui disent « que la police la recherche, qu'on va lui couper la tête ».

A son entrée dans le service, la malade est calme, renfermée, répond difficilement aux questions. Elle extériorise mal quelques idées déli-

rantes de persécution non systématisées. La mémoire est imprécise, l'attention labile, l'indifférence affective totale.

Du 10 au 26 octobre, la malade reçoit huit injections intraveineuses de cardiazol, qui n'amènent aucun changement dans son état.

Le 27 octobre, on commence l'insulinothérapie par voie intraveineuse. On débute par 20 unités, puis on augmente progressivement de 10 unités par jour. Le 7 novembre, elle fait son premier coma, avec une dose de 100 unités d'insuline.

Le 10 novembre, la malade, qui avait supporté normalement les trois premiers comas, reçoit une injection de 100 unités. Le coma s'effectue normalement, au bout du laps de temps habituel. Ce coma n'est marqué par aucun phénomène convulsif. Mais le resucrage, pratiqué au bout d'une heure, n'amène pas le réveil. Alors que les jours précédents le réveil était obtenu avec 140 cc. de sérum glucosé hypertonique intraveineux, et complété par 60 gr. de glucose *per os*, l'injection de 260 cc. de sérum glucosé hypertonique n'amène pas le réveil lors de ce quatrième coma. Il s'agit d'un coma profond, calme, sans convulsions ni myoclonies ; les cornéens sont abolis ; il y a un signe de Babinski bilatéral. La température est à 36°7. La tension artérielle à 15-8. Une glycémie, pratiquée une heure plus tard, se monte à 1 gr. 70, ce qui nous incite à arrêter le resucrage.

On pratique une injection intraveineuse de 10 cc. de novocaïne, puis une injection intraveineuse de 10 cc. de sulfate de magnésie à 33 %, enfin une injection sous-cutanée de deux ampoules de maxiton faible. L'état de la malade reste sans changement.

La malade est revue cinq heures plus tard. Elle présente alors un coma agité, avec myoclonies périlabiales et périorbitaires, faciès vultueux, sueurs profuses, Babinski bilatéral. Un tel tableau évoquant nettement l'hypoglycémie, une nouvelle glycémie est pratiquée, qui se monte alors à 0 gr. 20.

On injecte à la malade 150 cc. de sérum glucosé hypertonique. Trois heures après le resucrage, la glycémie est à 2 gr. 99, la réserve alcaline est à 45 volumes. Par la suite, la glycémie restera normale.

Dans la soirée, le coma reste toujours aussi profond ; les cornéens sont abolis, les cutanés plantaires indifférents. La température est à 39°, le pouls à 104. Le fond d'œil est normal. Une ponction lombaire pratiquée montre une tension liquidienne normale, albumine : 0,22, cellules : 1.

Le lendemain, 11 novembre, la malade est calme, déshydratée, malgré un litre de sérum isotonique sous-cutané. Le coma est profond, la malade ne déglutit pas. On note un certain degré d'hypertonie, les réflexes tendineux sont normaux et symétriques. Le cutané plantaire est indifférent à droite, en extension à gauche. La température est de 38°, le pouls à 84, la tension artérielle à 15-9. La glycémie : 1 gr. 44. L'urée : 0,25. Les protides totaux : 85 gr. Le Na sanguin : 3 gr. 05 ‰.

Les chlorures : $\frac{\text{cl. globulaire}}{\text{cl. plasmatique}} = \frac{1{,}95}{3{,}59} = 0{,}54$. L'hématocrite : 53 %, $\frac{\text{volume globules rouges}}{\text{volume sang total}} = \frac{7.}{13}$

On réhydrate la malade : 1 litre de sérum physiologique intraveineux, 500 cc. sous-cutané ; 1 litre de sérum glucosé intrarectal.

Le 12 novembre : coma calme, abolition des réflexes tendineux et des cornéens, cutanés plantaires indifférents. Il semble exister une hémiparésie gauche. La température est à 38°5. Tension artérielle : 15-9. Le fond d'œil est normal. Réhydratation : strychnothérapie, 1/2 mgr., intraveineuse, trois fois par jour ; caféine, 40 cgr. × 2.

Dans la soirée, réapparition des réflexes au pincement et à la piqûre, ainsi que des réflexes tendineux. Babinski bilatéral. Cornéens abolis. Température : 38°8. Pouls : 80. Tension artérielle : 11-7.

Le 13 novembre, coma profond, réflexes tendineux vifs, cornéens abolis, Babinski bilatéral.

On injecte un litre de sérum glucosé, un litre de sérum salé, 2 mgr. de strychnine intraveineuse, caféine, spartéine. Glycémie : 1 gr. 44. Urée : 0,60.

Dans la soirée, la température s'élève à 40°, pauses respiratoires, syncope terminale.

L'examen anatomique a été pratiqué dix heures après le décès. Cerveau : ni œdème, ni hémorragies. Moelle : d'aspect normal. Foie : couleur, consistance, poids normaux. Poumons : pas d'œdème.

L'examen histologique du cerveau (Dr Ivan Bertrand), a donné les résultats suivants : il existe, au niveau de toutes les couches corticales, une altération importante des éléments neuro-ganglionnaires, prédominant sur la troisième couche de Brodmann. Il s'agit de lésions correspondant aux stades les plus avancés de la maladie grave de Nissl ; la disparition complète d'éléments ganglionnaires entraîne la formation de nombreux déserts cellulaires.

Les lésions réactionnelles, indépendamment d'une satellitose discrète au niveau des couches profondes, et de quelques petits nodules d'oligoglie, disséminés dans la substance blanche, sont constituées par la présence de très nombreuses cellules en bâtonnet ; une telle lésion microgliale est généralement considérée comme relevant d'un processus chronique.

Au point de vue vasculaire, il importe de souligner l'atteinte des petits vaisseaux qui dans la substance blanche, comme dans la substance grise, montrent un endothélium tuméfié, avec une média épaissie et en partie hyalinisée.

La distension des espaces de Virchow-Robin, l'œdème de l'oligoglie, qui réalise sur les préparations myéliniques un aspect finement spongieux de l'axe blanc, traduisent l'existence d'un œdème cérébral discret.

Le cervelet n'a donné lieu à aucune constatation anormale ; tout au plus faudrait-il mentionner un léger œdème des cellules oligogliques.

Le bulbe, examiné au niveau du plancher du IVe ventricule, ne décèle aucune anomalie vasculaire ou réactionnelle. Par contre, les lésions cellulaires atteignent ici à leur maximum, et aucune formation nucléaire ne semble avoir été épargnée.

Les méninges paraissent normales sur toutes les préparations étudiées.

En conclusion, la mort paraît imputable à des lésions neuro-ganglionnaires extrêmement graves, au niveau du cortex et du bulbe ; il existe en outre une réaction microgliale corticale intense, sans doute ancienne, et des altérations vasculaires corticales importantes.

Cette observation appelle un certain nombre de remarques sur les plans clinique et anatomopathologique.

Considérations cliniques

L'accident est survenu au 4e coma, c'est-à-dire au début de la cure de Sakel. La plupart des études, celles de Spencer et Cloutier entre autres, ont signalé en effet que la plupart des accidents surviennent au début du traitement.

Il n'y a pas eu de signes prémonitoires, nous n'avons observé aucun incident au cours des comas précédents, pas de crises convulsives, pas de myoclonies, pas de réveils difficiles.

Nous n'avons pas observé non plus le raccourcissement de la période de latence, phénomène sur lequel Dédichen a beaucoup insisté.

Le coma est survenu 3 h. 1/2 après l'injection d'insuline, c'est-à-dire avec le même délai que lors des trois précédents comas.

Dans notre observation, la mort paraît indiscutablement due à l'encéphalopathie post-hypoglycémique. Il faut rappeler à ce propos qu'au cours de la cure de Sakel, l'issue fatale peut être aussi bien due à une complication pulmonaire ou cardiaque qu'à une lésion cérébrale irréversible. C'est ainsi que, dans une statistique de Kinsey portant sur 12.234 cures de Sakel effectuées aux Etats-Unis et comprenant 90 cas mortels, 50 seulement étaient dus à l'encéphalopathie post-hypoglycémique (œdème cérébral, hémorragies cérébro-méningées, lésions ganglio-cellulaires). Dans 22 cas, la mort paraissait due à une complication pulmonaire (œdème aigu, bronchopneumonie) ; dans 12 cas, à une complication cardiaque (asystolie, infarctus du myocarde, syncope).

La présente étude est, sur ce point, opposable à celle que deux d'entre nous ont consacrée en 1950, avec J. Scherrer et A. Bourguignon, à l'étude anatomique de deux observations terminées par la mort du fait d'un œdème pulmonaire aigu.

Considérations anatomopathologiques

Des examens histopathologiques ont été pratiqués chez un certain nombre de malades décédés au cours d'une cure de Sakel. Ces examens ont été rapportés par Cammermeyer, Dellaert, Döring, Ferraro et Jervis (4 cas), Gralnick, Hassin, Hempel (9 cas), Jacob, Jansen et Waaler (6 cas), Kastein, Kobler, Lemke, Leppien et Peters, Mac Keith et Meyer, Malamud, Marchand, Sivadon et Bouquerel, Marquès de Carvahlo ; Michaux, Bertrand, Scherrer et Bourguignon ; Müller, Plattner, Salm, Scheflen, Reiner et Jetter, Scherb et Stone, Timmer, Tomesco, Vivado (4 cas) ; Yahn et Pupo (6 cas).

Les revues générales de Bodin, Cammermeyer, Cloutier, Génis, Lawrence, Meyer et Névin, Spencer aboutissent aux conclusions suivantes.

Les lésions histologiques varient beaucoup d'un cas à un autre. Tous les intermédiaires existent entre les cas où n'existe aucune altération cérébrale grave (cas de Lemke, Plattner, Timmer, cas IV de Cammermeyer) et les observations où existent des lésions diffuses, graves, irréversibles.

Il n'existe aucune corrélation entre l'âge du malade, la dose d'insuline, le nombre des comas antérieurs et la gravité des lésions anatomiques.

Par contre, il existe une relation certaine entre le type des lésions histologiques et la durée du coma terminal. Dans les cas où le coma terminal est très bref, les lésions sont surtout cellulaires. Dans les cas où le coma terminal est de longue durée, on peut voir coexister des dégénérescences aiguës et chroniques, ces dernières se manifestant surtout par des lésions réactionnelles gliales et vasculaires.

Lésions cellulaires. — Dans notre observation, les lésions ganglio-cellulaires étaient très intenses, correspondant aux stades les plus avancés de la « maladie grave de Nissl » ; par endroits, les éléments ganglionnaires avaient disparu, d'où la présence de déserts cellulaires.

Des lésions d'un type identique avaient déjà été rapportées par Döring, Michaux et collaborateurs, Ferraro et Jervis, dans des cas où le coma terminal n'avait duré que quelques heures. Mais elles ont été également signalées dans des observations où le coma avait duré plusieurs jours par Malamud, Jansen et Waaler, Jetter et Scheflen.

Les lésions prédominent dans le cortex au niveau de la 3e couche de Brodmann, comme dans la plupart des cas rapportés où les auteurs insistent sur la pseudo-lamination déterminée par

cette lyse quasi-élective. Par contre, il n'existe pas de cas où l'atteinte des éléments ganglio-cellulaires du bulbe soit aussi marquée que dans l'observation rapportée ici. Les auteurs insistent en effet sur la relative intégrité des éléments ganglio-cellulaires du tronc cérébral, qui sont toujours moins touchés que ceux du cortex.

Nous n'avons pas trouvé à l'examen histologique de lésions cérébelleuses importantes. Les altérations cérébelleuses graves ont pourtant souvent été rapportées par Gralnick, Ferraro et Jervis, Hempel, Michaux et collaborateurs, Cammermeyer (cas V) ; elles affectent surtout la couche des grains dont les éléments peuvent subir une lyse plus ou moins diffuse.

Lésions gliales. — Tous les éléments du tissu glial peuvent être atteints au cours d'un coma insulinique prolongé. Mais, ordinairement, on n'observe de réactions gliales importantes qu'en cas de coma terminal de longue durée. Les modifications gliales de type régressif avec amiboïdose sont rares (un cas de Ferraro et Jervis). Le plus souvent, on note une réaction hypertrophique, satellitose autour de quelques neurones de l'écorce, gliofibrillose, et surtout réaction microgliale plus ou moins intense. Leppien et Peters, Scherb et Stone, Kastein, Mac Keith et Meyer, Scheflen et collaborateurs, Malamud, Lawrence, Meyer et Névin, Salm, Ferraro et Jervis, Cammermeyer (cas V), ont signalé des réactions microgliales intenses, d'un type subaigu ou chronique, avec présence de cellules en bâtonnets comme dans notre propre observation. Il semble logique d'attribuer une telle lésion microgliale à l'encéphalopathie post-hypoglycémique. Il faut cependant noter que de telles réactions microgliales ont été observées après décès survenu au cours de traitement par le cardiazol (Cammermeyer). Notre malade ayant eu avant la cure de Sakel une série de cardiazol, peut-être faut-il voir là l'origine de cette réaction microgliale d'allure chronique.

Lésions vasculaires. — Elles sont fréquentes, mais non constantes. On note souvent une hyperhémie plus ou moins marquée et parfois de petites hémorragies périvasculaires au niveau du cortex et des noyaux gris centraux [Cammermeyer (cas II et III), Ferraro et Jervis, Kastein, Kobler, Leppien et Peters, Döring]. Ces lésions ont un caractère aigu, correspondant en général à un coma terminal de courte durée, et sont analogues à celles retrouvées dans les morts au cours d'état de mal épileptique, anesthésie générale, strangulation. Cammermeyer les attribue à des troubles vasculaires fonctionnels.

Dans d'autres cas, ce qui domine, c'est l'œdème cérébro-mé-

ningé (cas de Marchand, de Michaux, de Tomesco, de Kobler, de Hassin), distension des espaces péricellulaires, gonflement des espaces de Virchow-Robin, tuméfaction de l'oligoglie.

Dans les cas où le coma terminal a été d'assez longue durée, on observe le plus souvent une réaction vasculaire secondaire intéressant surtout l'endothélium : gonflement et prolifération des cellules avec diminution de la lumière pouvant aller jusqu'à la thrombose.

Mais la média peut être également épaissie, en partie hyalinisée comme dans notre observation (Mac Keith et Meyer, Cammermeyer, Lawrence, Meyer et Névin).

Les diabètes hyperinsulinés. — L'étude anatomo-clinique de quelques cas a montré des lésions vasculaires et cellulaires de même ordre que celles de la cure de Sakel. C'est ainsi que Wohlwill, Terplan, Bertrand et Tiffeneau, Bodechtel décrivent des lésions cellulaires graves avec lyses massives de la 3e couche de Brodmann et atteinte de la couche des grains du cervelet. Les réactions vasculaires sont d'intensité variable : petites hémorragies périvasculaires (Sachs et Alexander), ou hémorragies cérébro-méningées étendues, comme le notent Ehrman et Jacoby dans 9 observations sur 12. Les réactions gliales sont d'intensité variable, très intenses lorsque le coma s'est prolongé longtemps ; elles prédominent dans les couches superficielles sous-piales.

Les tumeurs langherhansiennes. — Anderson, Barnard, Bowen et Beck, Mac Clénahan et Norris, Smith et Seibel, Wolf, Hare et Riggs ne trouvent aucune lésion cérébrale dans l'hyperinsulinisme par adénome ou adénocarcinome du pancréas, malgré des années d'évolution et un coma hypoglycémique terminal. Baker, Baker et Lufkin, Malamud et Grosch, Moersch et Kernohan, Scheller et Strobe, Teerbruggen, Thalhimer et Murphy, Vonderahe signalent au contraire des lésions plus ou moins graves, analogues à celles rencontrées au cours de la cure de Sakel.

L'expérimentation animale. — Depuis les travaux initiaux de Gozzano, Stief et Tokay, Tani, Massaza, Schmid, de nombreux expérimentateurs ont cherché à mettre en évidence des lésions cérébrales consécutives au coma insulinique chez l'animal.

Des lésions cellulaires graves ont été trouvées par Accornéro, Appel et collaborateurs, Grayzel, Finley et Brenner, Roizin, Stief et Tokay, Weil et collaborateurs, Tannenberg, Winkelman et Moore. Ces lésions siégeaient surtout au niveau des 3e et 5e couches du cortex et de la corne d'Ammon, plus rarement au niveau du cervelet où les cellules de Purkinje pouvaient être atteintes.

Les lésions histologiques étaient très variables, selon qu'il

s'agissait de « cerveaux aigus », c'est-à-dire de cerveaux d'animaux tués au cours du premier choc, après une durée de coma plus ou moins longue, ou de « cerveaux chroniques », c'est-à-dire de cerveaux d'animaux tués après avoir subi une longue série de comas insuliniques.

Yannet, Lorentzen, Finley et Brenner ont montré dans les « cerveaux aigus » l'importance de l'œdème cérébral avec pâlissement des cellules, gonflement endothélial des vaisseaux, congestion veineuse. Dans les « cerveaux chroniques », les lésions cellulaires sont presque constantes (atrophie et raréfaction) ; la prolifération endothéliale des vaisseaux est très intense et l'on note souvent la formation de néo-capillaires (Accornéro, Stief et Tokay, Dunner et collaborateurs) ; enfin, la réaction gliale est constante, mais d'intensité variable ; discrète pour Lorentzen, très marquée pour Nicolajew, Schmid, Roizin, Tannenberg.

Trois ordres de facteurs paraissent conditionner la gravité des lésions expérimentales chez les animaux.

L'importance de la dose d'insuline : Baker et Lufkin, Schmid, employant des doses faibles, n'observent que des lésions histologiques minimes. Cossa et Bougeant, Grayzel, Yannet, Tyler et Ziskind, Weil et collaborateurs, Winkelman et Moore observent des lésions d'autant plus sérieuses que les doses employées étaient plus élevées.

La durée du coma : Finley et Brenner, Ziskind et Tyler insistent sur le fait qu'un coma hypoglycémique prolongé longtemps entraîne des lésions ganglio-cellulaires irréversibles.

La durée du traitement : les lésions sont d'autant plus sérieuses que le nombre de comas insuliniques pratiqués est plus élevé (Finley et Brenner, Stief et Tokay, Schéreschewsky et collaborateurs).

BIBLIOGRAPHIE

Accornero (F.). — L'histopathologie du système nerveux central dans le schock insulinique. *Rev. neurol.*, *76*, 1944, p. 45.

Anderson (H. B.). — A tumor of the adrenal gland with hypoglycemia. *Amer. Journ. med. Science*, *180*, 1930, 71-79.

Appel (K. E.), Alpers (B. J.), Hastings (D. W.) and Hughes (J.). — Central nervous system changes produced by insulin. *Amer. Journ. of Psych.*, *96*, 1939, p. 397-401.

Baker (A. B.). — Cerebral lesions in hypoglycemia. Some possibilities of irrevocable damage from insulin schock. *Arch. of Pathol.*, *26*, 1938, 765-776.

Baker (A. B.) and Lufkin (N. H.). — Cerebral lesions in hypoglycemia. *Arch. of Pathol.*, *23*, 1937, 190-201.

BARNARD (W. G.). — A functioning tumor of the Islands of Langerhans. *J. Path. and Bact., 35,* 1922, p. 929.

BERTRAND (I.) et TIFFENEAU (R.). — Les dégénérescences systématisées centrales dans le coma diabétique. *Compt. rend. de la soc. de biol., 136,* 1942, 500-501.

BODECHTEL (G.). — Der hypoglykämische Shock und seine Wirkung auf das Zentralnervensystem. *Dtsch. Arch. f. Klinik. Med., 175,* 1933, 183-201.

BODIN (P.). — Contribution à l'étude des accidents de l'insulinothérapie. *Thèse,* Paris, 1947.

BOWEN (B. D.) and BECK (G.). — Insulin hypoglycemia — two cases with convulsions — one necropsy report. *Ann. int. Med., 6,* 1933, p. 1412.

BROCQ (P.), GARCIN (R.), FEYEL (P.) et GODLEWSKI (S.). — Hypoglycémie spontanée évoluant depuis trois ans sous forme d'accidents comateux répétés. Ablation chirurgicale d'un volumineux adénome langerhansien. Guérison immédiate et complète. *Mém. de l'Acad. de Chir., 71,* 1945, 53-62.

BROCQ (P.), GARCIN (R.), GUEULLETTE (R.), FEYEL (P.) et GODLEWSKI (S.). — Hypoglycémie spontanée par adénome langerhansien. Epilogue. *Mém. de l'Acad. de Chir., 74,* 1948, 693-696.

CAMMERMEYER (J.). — Recherches anatomopathologiques sur les lésions cérébrales dans les thérapeutiques convulsivantes de la démence précoce. *Journal belge de neur. et psych., 169,* 1940, I, 170-229.

CLOUTIER (F.). — *Le coma post-hypoglycémique dans la cure de Sakel.* Ed. Gizard, Paris, 1952, 130 pages.

COSSA (P.) et BOUGEANT (H.). — Recherches cliniques et expérimentales sur le mécanisme d'action de la cure de Sakel. *Ann. méd.-psych., 98,* II, 1940, p. 193.

DEDICHEN. — A comparison of 1459 schock treated and 969 non schock treated psychoses in norvegian hospitals. *Acta. psych. et neurol. scand.,* 1946, suppl. 37.

DELLAERT (R.). — A propos de deux accidents de l'insulinothérapie. *Journal belge de neurol. et psych., 43,* 1943, 474-481.

DÖRING (G.). — Zur Histopathologie und Pathogenese des tödlichen Insulinsshocks. *Dtschr. z. Nervenheilk., 147,* 1938, 217-227.

DUNNER (L.), OSTERTAG (B.), THANNHAUSER (S.). — Klinik und pathologische Anatomie des Insulinvergiftung an tieren. *Klin. Wchschr., 12,* 1933, II, 1054-1056.

DUNNER (L.), OSTERTAG (B.), LUECKE (H.). — Insulin Krämpfe und reticuloendotheliales system. *Klin. Wchschr.,* 1934, I, 101-102.

EHRMANN (R.) und JACOBY (A.). — Ueber Blutungen bei mit Insulin behandelten Komafällen. *Dtschr. med. Wschr., 50,* 1924, 138-139.

FERRARO (A.) and JERVIS (G.). — Brain pathology in 4 cases of schizophrenia treated with insulin. *Psych. Quart., 13,* 1939, p. 207-228.

FERRARO (A.) and JERVIS (G.). — Pathologic consideration of insulin treatment of schizophrenia. *Amer. Journ. of Psych., 96,* 1939, p. 103-108.

FERRARO (A.). — Neuropathologic findings in the brain of three additional cases of schizophrenia treated with insulin. *Journ. of Neuropathology and exp. Neurol.,* I, 1942, 188.

FINLEY (K.) and BRENNER (C.). — Histologic evidence of damage to the brain in monkeys treated with metrazol and insulin. *Arch. of Neur. and Psych., 45,* 1941, 403.

GELLHORN, PACKER, FELDMAN. — *Amer. Journ. of Physiol., 130,* 1940, p. 261.

GOZZANO (M.). — Alterazioni istologiche del sistema nervosa nell' intossicazione da insulina. *Boll. d. Soc. Ita. di Biol. sper.,* IV, 1929, 73.

GRALNICK (A.). — Œdème pulmonaire et cardiopathie au cours du choc insulinique. *Psych. Quart., 18,* 1944, 650.

GRAYZEL (D.). — Changes in the central nervous system resulting from convulsions due to hyperinsulinism. *Arch. Int. Med., 54,* 1934, 694-701.

HASSIN (G.). — Cerebral changes in fatal cases folowing treatment with barbital, U.S.P., insulin and metrazol. *Arch. of Neur. and Psy., 42,* 1939, 679-689.

HEMPEL (J.). — Zur frage der morphologischen Hirnveränderungen em gefolge von Insulinshock und Cardiazol und Azoma Krampfbehandlung. *Zeitsch. für die gesam. Neur. und Psy., 173,* 1941, 210-240.

JACOB (Von H.). — Ueber Todesfälle wärhend der insulinshock-therapie nach Sakel. *Der Nervenarzt., 12,* 1939, 302-308.

JANSEN (J.) und WAALER (E.). — Pathologisch-anatomische Veränderungen bei todesfällen nach insulin und cardiazolbehandlung. *Arch. f. Psych.* u. *Nervenkrankr., 111,* 1940, 62-87.

JETTER (W.) and SCHEFLEN (A.). — Delayed pathologic manifestations of hypoglycemic coma. *J. Neuropath. and exp. Neurol., 11,* 1952, 317-323.

KASTEIN (G. W.). — Insulinvergiftung. *Ztschr. f. d. ges. Neur. und Psych., 163,* 1938, 322-361.

KASTEIN (G. W.). — De behandling van Schizophrenielders met insulin en corvis. *Ned. Tydschr. v. Geneesk., 82,* 1938, 5106-5112.

KINSEY (J.). — Incidence and cause of death in shock therapy. *Arch. of Neur. and Psych., 46,* 1941, 55-58.

KOBLER (F.). — Histologischer Gehirnbefund nach Insulin Koma. *Arch. für Psych., 107,* 1938, 688-700.

LAWRENCE (R.), MEYER (A.), NEVIN (S.). — The neuropathology of hypoglycemia. *Quart. J. of Med., 35,* 1942, p. 181.

LEMKE (R.). — Ueber die Indikation zur insulinshockbehandlung der Schizophrenie. *Arch. für Psych., 107,* 1937, 223-239.

LEPPIEN (R.) und PETERS (G.). — Todesfall infolge insulinshockbehandlung bei einem Schizophrenen. *Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psy., 160,* 1937, 444-454.

LORENTZEN (K.). — The central nervous system during insulinshock. *Acta psych. et neurol.,* suppl., *64,* 1950.

MAC CLENAHAN and NORRIS. — Adenoma of the islands of Langerhans with associated hypoglycemia. *Amer. J. Med. Science, 177,* 93, 1939.

MAC KEITH (S.) and MEYER (A.). — A death during insulin treatment of schizophrenia with patological report. *J. of Ment. Science, 85,* 1939, p. 96.

MALAMUD (N.). — Fatalities resulting from treatment with subschock doses of insulin. *Amer. J. of Psych., 105,* 1948, 373-376.

MALAMUD (N.) and GROSH (L.). — Hyperinsulinism and cerebral changes : report of a case due to an islet cell adenoma of the pancreas. *Arch. int. Med., 61,* 1938, 579-599.

MARCHAND (L.), SIVADON (P.), BOUQUEREL. — Coma insulinique secondaire mortel. Hémorragies diffuses méningo-cérébrales et O.A.P. *Ann. méd.-psych.,* 1947, I, 390.

MARQUES, DE CARVALHO. — Considérations sur deux cas de coma irréversible au cours du traitement par la méthode de Sakel. *Arquivos do servicio de Assistencia a psicopatas do Estodo de São Paulo*, déc. 1939, p. 393.

MASSAZZA (A.). — *Rivista patol. ner. e. ment., 51*, 1938, p. 408.

MEMBREZ und RAZDOLJSKY. — Ueber die egfahren der intravenosen und subkutanen Insulineinführungen. Zwei Fälle mit tödlichen Ausgang. *Zentr. Chir.*, 1931, I, 1627-1631.

MICHAUX (Léon), BERTRAND (I.), SCHERRER (S.), BOURGUIGNON (A.). — Etude anatomique du coma insulinothérapique à propos de deux cas personnels. *Sem. hôp. Paris, 26*, 1950, 4288-4292.

MOERSCH (F.) and KERNOHAN (J.). — Hypoglycemia. Neurologic and neuropathologic studies. *Arch. of Neur. and Psy., 39*, 1938, 242-257.

MORDIER (G. DE) et MOZER (J.). — Lésions cérébrales mortelles par hypoglycémie au cours d'un traitement insulinique chez un morphinomane. *Annales de médecine, 34*, 1936, 474-487.

MULLER (M.). — Insulin und cardiazolschockbehandlung der schizophrenie. *Fortschr. der Neur. Psych. u. ihrer Grenz*, 1937, IX, Jahrgang., 131-166.

NICOLAJEV (V.). — Ueber eine besondere Gliaveränderung nach wiederholten Insulinschocks im Tierversuch. *Schweiz. Arch. Neur., 39* (5), 1937, 205.

PLATTNER (P.). — Amnestisches Syndrom nach Insulin-Cardiazolbehandlung. *Z. Neur., 162*, 1938, 728-740.

— Klinische Erfahrungen mit der Insulinschockbehandlung von 145 Schizophrenen. *Allg. Zschr. Psy. u. ihre Grenz, 111*, 1939, 325-365.

ROIZIN (L.). — Sulle alterazioni istologiche del sistem nervoso centrale en animali sottoposti alla crisi insulinica secondo il metodo di Sakel. *Riv. di pat. nerv. e ment., 53*, 1939, 491-531.

SAHS (A.) and ALEXANDER (L.). — Fatal hypoglycemia. *Arch. of Neur. and Psy., 42*, 1939, 286-297.

SALM (H.). — Benommenheitszustanden im Anschluss and die insulinschockbehandlung von Schizophrenen. *Münch. med. Wschr., 27*, 1937, I, 1046-1048.

SCHEFLEN (A.), REINER (E.) and JETTER (W.). — Fatalities insulintherapy of the psychoses. *Arch. of Neur. and Psych., 67*, 1952, 32-43.

SCHELLER (H.) und STROBE (F.). — Hypoglykämische Anfälle bei inseladenom mit ausgang in hyperglykämisches koma. *Monat. Psy., 99*, 1938, 520.

SCHERB and STONE. — *Ohio State Med. J., 34*, 1938, 11-20.

SCHERESCHEWSKY (N.) et MOGILNITZKY (B.). — L'influence de l'insuline sur le système endocrinien. *Rev. franç. d'endocrinologie, 6*, 1928, 456-462.

SCHERESCHEWSKY (N.), MOGILNITZKY (B.), GORJAEWA (A.). — Zur pathologie und pathologischen anatomie der insulinvergiftung. *Endokrinologie*, V, 1929, 204-224.

SCHLEUSSING (H.) und SCHUMACHER (H.). — Grosshirnschädigung im verlauf eines diabetes mellitus. *Dtsch. Arch. f. Klin. Med., 176*, 1934, 45-51.

SCHMID (H.). — L'histopathologie du choc insulinique. *Ann. méd.-psychol., 94*, II, 1936, 658.

SHERRIL (J.) and MAC KAY (E.). — *Proc. soc. Biol. Med., 36*, 1937, 515.

SMITH (M.) and SEIBEL (M.). — Tumors of the Islands of Lanherhans and hypoglycemia. *Amer. J. Path.*, VII, 1931, 723.

Spencer (A. M.). — Post hypoglycemic encephalopathy in Sakel's insulin treatment. *Journal of Ment. Science, 94,* 1948, 513-554.

Stief (A.) und Tokay (L.). — Beiträge zur histopathologie der experimentellen Insulinvergiftung. *Zeitschr. für die ges. Neur. u. Psych., 139,* 1932, 435-461.

Stief (A.) und Tokay (L.). — Weitere experimentelle Untersuchungen über die cerebralen Wirkung des Insulins. *Zeitschr. für die ges. Neur. u. Psy., 153,* 1935, 561-572.

Tani (N.). — Experimentelle Beiträge zum Insulin Krampf mit Berücksichtigung-histopathologischer Befunde. *Zen. Neur., 80,* 1936, 13-30.

Tannenberg (J.). — Comparative experimental studies on symptomatology and anatomical changes produced by Anoxia and insulin shock. *Proc. soc. exper. Bio. Med., 40,* 1939, 95-96.

Teerbrueggen (A.). — Anatomische Befunde bei Spontaner Hypoglykämie infolge multipler Pankreasinseladenome. *Beitr. path. Anat., 88,* 1932, 37-59.

Thalhimer (W.) and Murphy (F.). — Carcinoma of the Islands of the pancreas. *J.A.M.A., 91,* 1928, 89-91.

Timmer (A. P.). — Een Sterfgeval tengevolge van een behandeling met den insulineshock volgens Sakel. *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk., 82,* 1938, 3088-3091.

Tomesco, Constantinesco, Cantacuzène. — Sur la thérapeutique de la schizophrénie et d'autres psychoses par l'insuline. *Ann. méd.-psych.,* 1939, II, 105-111.

Vivado (A.). — El tratamiento de la esquizophrenia par el metodo de Sakel. *Revista de psiquiatria y disciplinas conescas* (*Santiago*), juillet 1938, 2e année, n° 10, p. 1-37.

Vonderahe (A. R.). — Personlity changes in hypoglycemia. *Journal of Med., 17,* 1936, 189.

Weil (A.), Liebert (E.), Heilbrunn (G.). — Histopathologic changes in the brain in experimental hyperinsulinism. *Arch. of Neur. and Psy., 39,* 1938, 467-487.

Winkelman (N.) and Moore (M.). — Neurohistopathologic changes with metrazol and insulinshocktherapy. *Arch. of Neur. and Psy., 43,* 1940, 1108.

Wohlwill (F.). — Ueber Hirnbefunde bei Insulin-Uberdosierung. *Klin. Wchsch.,* VII, 1928, 344-346.

Wolf (A.), Hare (C.), Riggs (H.). — Neurobiological manifestations in 2 patients with spontaneous hypoglycemia, with necropsy report of case of pancreatic Islands adenomata. *Bull. neur. Inst. N.-Y.,* III, 1933, 232-251.

Wolff (A.). — Der Hypoglykämische Schock und die von ihm hervorgerufenen Veranderungen am Zentralnervensystem. *Med. Klin. Univ. Erlangen Diss.,* 1935.

Yahn (M.) et Pupo. — Etude clinique et neuro-histologique des comas post-hypoglycémiques au cours de l'insulinothérapie. *Arquivos do servicio da Assistencia a psicapatas do Estado de São Paulo,* 1941, I-II, p. 3-75.

Yannet (H.). — Experimental study of pathogenesis of cerebral changes following prolonged insulin hypoglycemia. *Arch. of Neur. and Psy., 42,* 1939, 395-402.

Ziskind (E.) and Tyler (D.). — *Proc. Soc. exper. Biol. med., 44,* 1940, 734.

LES INCIDENTS AU COURS DU TRAITEMENT DES TROUBLES MENTAUX PAR LE LARGACTIL

PAR

A. DONNADIEU, M. FLORENTIN et Mme FLORENTIN (1)

Nous utilisons le largactil depuis son apparition ; avec prudence, au début, nous nous contentions d'en injecter 50 à 100 mgr. par jour chez quelques rares malades, et ceci simplement comme adjuvant dans des cures de sommeil. Nous maintenions évidemment ces sujets au lit et interdisions absolument tout orthostatisme.

Par la suite, nous apercevant des effets sédatifs de ce médicament, nous l'employâmes aux mêmes doses, soit en injection intra-musculaire, soit *per os,* pour calmer nos malades. Nous les faisions alors surveiller étroitement pour éviter tout accident du type syncopal : séjour au lit, prise de la tension artérielle quotidienne, et même, dans certains cas, bi-quotidienne. Devant l'absence de tout incident et l'efficience du traitement, nous envisageâmes d'augmenter la posologie chez les malades rebelles aux faibles doses. Ayant constaté que, dès l'arrêt de la drogue, l'agitation reprenait, nous fîmes poursuivre longtemps la prise du largactil, à tel point qu'aujourd'hui nous avons des malades continuant le traitement depuis plus d'un an.

Des avis fort variés ont été émis sur le largactil. Certains médecins-praticiens en ont une forte crainte, justifiée d'ailleurs par des accidents causés par la méconnaissance de règles essentielles dans l'utilisation de ce médicament ; d'autres, au contraire, le distribuent sans retenue à leurs malades insomniaques.

Après deux ans de pratique continue, nous nous permettrons, en nous appuyant sur 210 cas attentivement suivis, de parler des

(1) Travail de l'hôpital psychiatrique de Château-Picon.

incidents et accidents que nous avons observés, ceux-ci étant, nous nous hâtons de le dire, négligeables, en regard des résultats étonnants que nous avons souvent enregistrés.

Doses. Techniques

Nous avons employé le largactil à des doses variées, et suivant diverses techniques, pour en venir actuellement à deux modes principaux. Nous les exposerons après avoir mentionné notre opinion sur les diverses voies d'introduction de ce médicament.

Voie intra-veineuse. — Nous avons employé le largactil intraveineux en perfusion, associé au sérum glucosé isotonique ou hypertonique, dans le but d'obtenir un sommeil profond, et une déconnexion assez poussée.

Nous sommes allés jusqu'à 400 mgr. en injections intra-veineuses chez une femme en état de manie aiguë avec mauvais état physique, température à 38°5, langue rôtie, etc... Nous avons obtenu une amélioration considérable de son état général et un sommeil profond pendant une huitaine de jours. Nous avons été obligés d'arrêter la cure devant une constipation opiniâtre par atonie intestinale.

Nous n'utilisons plus la voie intra-veineuse que dans ces états d'excitation intense avec mauvais état somatique, profitant ainsi en même temps de l'action du sérum.

En dehors de ces cas, nous abandonnons cette voie, peu pratique, mais très rapidement active, au début tout au moins.

Voie intra-musculaire. — Le largactil introduit par cette voie se résorbe mal. Chaque injection forme une induration et, après une trentaine de piqûres, chaque nouvelle injection dans des fesses cartonnées, bourrées de noyaux durs et douloureux, est un supplice pour le patient. Si l'on persiste d'ailleurs, on ne tarde pas à voir le liquide injecté résurgir par l'orifice de la piqûre, après avoir retiré l'aiguille.

Nous n'employons cette voie que chez les malades récalcitrantes, adoptant la voie buccale dès que possible.

Au cours de la progression des doses, nous avons été parfois obligés de passer de la voie intra-musculaire à la voie buccale, plusieurs fois de suite. Après avoir étudié les réactions des sujets, notre opinion est que le largactil est également actif par l'une comme par l'autre de ces voies. L'intensité de l'abattement, le nombre d'incidents ne variaient pas lors de ces alternances.

Per os. — C'est notre voie de prédilection. Chez nos malades, elle exige une certaine surveillance, mais elle reste la plus simple, la plus pratique et elle seule permet des traitements prolongés, sans aucun accident, ni incident majeur.

Pour être certains de l'ingestion réelle du médicament chez les malades récalcitrantes, nous dissolvons les comprimés dans du jus de fruit pour masquer la saveur âcre de la solution. Dès que l'état mental de ces malades s'améliore, elles absorbent d'elles-mêmes les comprimés.

Depuis peu de temps, nous utilisons plus simplement la forme soluble, lorsque nous avons quelque difficulté à faire prendre les comprimés.

Techniques de la cure. — Le schéma de notre cure au largactil est simple. En quatre prises par jour, nous donnons :

Le 1er	jour	4 comprimés ou ampoules	intra-musculaires
2e	—	6 —	—
3e	—	8 —	—
4e	—	10 —	—
5e	—	12 —	—
6e	—	14 —	—
7e	—	16 —	—

Nous maintenons cette dose pendant six à huit jours, puis nous descendons progressivement d'un comprimé par jour ou tous les deux jours, jusqu'au seuil d'action minimum, ce seuil étant variable pour chaque sujet. Nous en restons là pendant plusieurs jours, nous réservant d'augmenter ou de diminuer la dose à la demande.

Cette période est évidemment très variable, un mois dans les meilleurs cas. Elle semble devoir être illimitée dans certains autres.

Le diabétique ne passe-t-il pas toute son existence à recevoir des injections quotidiennes d'insuline ? Le comitial ne prend-il pas sa dose de barbiturique chaque jour ?

Dès le premier jour, nous couchons la malade et nous la levons progressivement vers le 18-20e jour. En règle générale, nos malades sont debout et mènent une vie ordinaire dès le 25e jour, souvent plus tôt, 20-22e.

Au cours du premier mois de cure, notre surveillance porte sur le pouls, la tension artérielle, la température, les selles, enfin l'état subjectif de la malade. Prostrée la première semaine, elle récupère journellement, à l'ordinaire. La sensation de fatigue,

d'abattement, d'oppression, nous guide pour fixer la dose maxima. Nous pouvons ne pas dépasser 12-14 comprimés. Par contre, chez certains sujets, nous sommes montés à 500 mgr. par jour pendant une dizaine de jours, soit 20 comprimés.

Nous insistons sur le fait que nous n'avons donné qu'un schéma d'administration de ce médicament, car chaque sujet réagit à des doses très variables de largactil. Certains y semblent totalement indifférents, d'autres très sensibles. Nous tenons cependant à augmenter rapidement les doses, car nous avons l'impression d'éviter ainsi toute une série de troubles neuro-végétatifs. De cette façon, nous rendons la malade somnolente pendant 5-6 jours, restant d'elle-même au lit.

Lorsqu'elle s'éveille, son système neuro-végétatif s'est accoutumé au largactil. Cette adaptation se fait ainsi pendant la période où le largactil a un effet somnifère. Il nous a paru que c'est en moyenne vers 1.500 mgr. de largactil que le sujet est adapté à ce médicament. De plus, le fractionnement de la prise nous permet d'éviter un surdosage momentané, fréquemment générateur d'incidents.

Nous avons aussi traité des malades par petites doses quotidiennes, 4-6 comprimés, dans le seul but de les maintenir calmes. Notre surprise fut grande quand, au bout de 5-6 mois, nous vîmes leur syndrome psychiatrique s'amender.

Ce fait introduit une notion essentielle quant à l'action du largactil. Ce médicament agirait par accumulation et non pas par action immédiate. C'est la dose totale ingérée qui semble importer, plus que la dose quotidienne, tout au moins dans les syndromes mentaux, compte tenu de la nécessité d'une certaine dose journalière « d'entretien », variable selon les malades.

Incidents

Nous allons maintenant passer en revue les incidents et accidents que nous avons observés en cours de cure, tout en ébauchant une statistique sur la fréquence de ces troubles, notre étude portant sur 210 malades, dont la moyenne de durée de traitement est actuellement de huit mois.

Pour mettre plus d'ordre dans notre description, nous décrirons ces incidents d'après les appareils intéressés :

troubles généraux et sensoriels : température, prostration, troubles visuels ;

troubles cutanés et muqueux ;

troubles de l'appareil cardio-vasculaire ;
troubles de l'appareil digestif ;
troubles du métabolisme ;
troubles gynécologiques ;
troubles du système nerveux central : Parkinson.

Troubles généraux et sensoriels

Instabilité de la température. — Nous avons observé chez 38 de nos malades des montées thermiques les premiers jours de traitement, poussées à 38°, 38°5, parfois 39°. Ces clochers sont isolés, absolument sans suite. Nous ne les avons jamais vu persister plus de 24 heures, à moins que l'hyperthermie ne soit due à une affection surajoutée.

Si la malade s'en trouve gênée, l'aspirine nous a permis de la soulager rapidement.

Fatigue, prostration. — Nous ne parlerons pas des quatre premiers jours de cure où toutes nos malades sont somnolentes.

Après une dizaine de jours, nous avons entendu 20 de nos malades se plaindre d'une grande lassitude. Elles se trouvaient dans un état de prostration assez prononcé. La diminution de leur dose d'un à deux comprimés a suffi souvent à faire disparaître cet état qui pouvait réapparaître au bout d'un certain temps. Nous agissions alors de la même façon, car nous avons remarqué que ce symptôme marchait souvent de pair avec l'état de calme mental et physique de nos malades et qu'il ne traduisait en somme qu'un surdosage en largactil.

Troubles visuels. — Une sensation de picotement, des troubles dans la vision, de la baisse de l'acuité visuelle ont été signalés par 24 malades, ainsi que chez les infirmières qui manipulaient le largactil. Ces troubles ont surtout été observés chez des malades qui prenaient le largactil en comprimés, avant que ceux-ci aient été livrés sous leur présentation glutinisée. Ils semblent dus pour une part à une action irritante, directe, de la poudre de largactil sur les yeux, pour une autre part à une parésie passagère de l'accommodation.

Les verres correcteurs donnés à nos malades pendant leur cure se trouvent souvent inadaptés quelque temps après la fin de celle-ci.

Enfin, ajoutons que, grâce à la cure, certaines malades se sont aperçues d'un trouble visuel que leur état mental antérieur ne permettait pas de signaler.

Incidents cutanés et muqueux

Dermo-lucite. — Le 16 février 1954, une de nos jeunes malades, qui prenait 10 comprimés de largactil par jour, se présentait à nous avec le visage et les mains rouges, luisants, œdématiés, les yeux presque obstrués par le gonflement des joues et des paupières et les doigts difficilement mobilisables, gênés par l'œdème. Elle nous dit qu'elle avait un coup de soleil ; elle avait passé trois heures à se dorer sous des rayons pourtant pâles. Ordinairement sensible, elle trouvait cependant ce soleil d'hiver bien agressif.

Après quelques jours de soins locaux, elle reprenait un aspect normal et arborait une belle couleur bronzée. Nous n'y prêtâmes point attention jusqu'au mois d'avril, où plusieurs des malades en traitement présentèrent des réactions semblables aux rayons printaniers.

Sans aucun doute, le largactil fragilisait la peau aux rayons solaires. Dans notre service, les malades surveillées après cette alarme ne s'exposèrent que progressivement. Nous eûmes cependant 59 cas semblables portant sur les régions exposées.

Sur l'avis des dermatologues, nous fîmes divers examens de sang et d'urine : recherche de l'hématoporphyrinurie, numération globulaire, formule leucocytaire. Aucun autre signe n'accompagnait ces dermo-lucites qui rétrocédèrent d'elles-mêmes. Par la suite, il n'y eut pas de rechute, et nos malades étaient plus brunes que des amateurs de bains de soleil au niveau des parties découvertes : mains, dessus de pieds, nûque, décolleté, etc...

Eczéma. — Cependant, chez six de nos malades ayant présenté une dermo-lucite, celle-ci donna suite à un eczéma sec, à longue période desquamante, et dans deux cas à l'infection des lésions eczémateuses, malgré des mesures d'asepsie stricte. Nous avons été contraints de cesser le largactil chez deux malades. La transformation de l'état mental nous a dispensés de reprendre le traitement par la suite.

Nous avons remarqué aussi des réactions allergiques de la peau chez des infirmières manipulant le largactil. L'état d'allergie a été mis en évidence par des tests cutanés violemment positifs. Il s'agissait d'infirmières ayant déjà dans leurs antécédents des accidents urticariens ou eczémateux. Elles ont été isolées un certain temps du largactil. Elles n'ont pas présenté de récidives depuis leur reprise du service, en prenant certaines précautions.

Cinq malades présentèrent les mêmes symptômes que Mme V... : celle-ci, après dix jours de traitement à 6 puis 11 comprimés, est

envahie par un érythème couvrant visage, membres et tronc, puis très vite mains et pieds, et caractérisé par de petits éléments ronds d'un demi-centimètre environ, s'effaçant à la pression, qui confluent dès le deuxième jour et s'estompent à l'arrêt du traitement. Cet érythème était prurigineux et apyrexique.

Les examens de laboratoire : sang, urine, furent négatifs. Les tests cutanés au largactil en poudre ou liquide furent négatifs, pratiqués après la fin de l'eczéma et donc l'arrêt du traitement.

La reprise du traitement treize jours après, à la dose de 6 comprimés, dose qui s'élèvera jusqu'à 12 comprimés, n'a pas été suivie de récidive de l'érythème.

Deux malades, enfin, présentèrent sans exposition au soleil un œdème du visage et des mains, si important dès les deux premiers jours que le traitement fut arrêté.

Atteinte des muqueuses. — Nous avons observé chez une de nos malades en début de cure un œdème de la muqueuse nasale, provoquant une gêne respiratoire désagréable, accompagnée d'un bruyant stertor. La privine a atténué cet état qui a disparu par la suite.

Une autre de nos malades s'est plainte d'un œdème de la muqueuse buccale.

La langue était gonflée, pas particulièrement colorée d'ailleurs, mais elle gênait la malade pour avaler et parler nettement.

Une troisième, enfin, a accusé une sensation de brûlure, au niveau de la bouche. Mais elle faisait des difficultés pour avaler ses comprimés qu'elle gardait longuement sous la langue et dans les replis gingivo-jugaux. Ces troubles ont disparu à partir du moment où elle a avalé rapidement le médicament.

Appareil cardio-vasculaire

Nous avons observé trois sortes de troubles cardiaques :

simple instabilité du pouls ;
tachycardies prolongées persistantes ;
tendance syncopale.

L'instabilité du pouls se traduit par de petits clochers de la courbe des pulsations montant à 100-120. Ceux-ci sont isolés, sans aucun rapport avec les clochers thermiques, chez des malades aussi bien couchées que debout. Nous les avons observés chez 13 malades. En général, ils sont bien supportés et sans importance.

Dans certains cas, ils donnent lieu à des signes pénibles : oppression, essoufflement, fatigue.

Le pronestyl quotidien nous a alors donné de bons résultats, mais, dans les cas aigus, la morphine intra-veineuse est le seul médicament qui ait réduit ces symptômes et de façon spectaculaire.

Tachycardies prolongées. — Par contre, 42 de nos malades présentent une tachycardie légère, fort bien supportée, mais que nous avons jugé préférable de stabiliser avec de l'inophyline sédative ou spartéinée.

Nous avons cependant quatre cas où la tachycardie a pris une forme grave avec pouls à 140-160, sensation d'oppression, d'étouffement, de mort imminente.

Le premier cas eut une issue fatale. Le deuxième a été très bien repris en main, par cessation du largactil et morphine intraveineuse. Le troisième plus bénin par spartéine, coramine et persistance du largactil.

Nous avons l'intention de revenir ultérieurement sur les deux premiers cas que nous avons étudiés de près, et nous exposerons nos conclusions. Citons seulement le cas bénin de Mlle L...

La malade, en début de cure, présentait un pouls à 72 et une tension artérielle à 16-10. Au bout de 70 jours de traitement à 6 comprimés, l'amélioration du comportement est nette, mais la malade paraît fatiguée. Son pouls s'accélère à 120 et devient irrégulier. Une injection de morphine intra-veineuse le ramène à 90. Mais le lendemain le pouls repart à 120, toujours stoppé par la morphine ; le traitement est interrompu devant la précarité de la stabilisation. La malade se rétablit assez vite. Le traitement est repris sans incident deux mois après, pour rechute d'ordre mental.

Tendance syncopale. — Assez fréquente au début du traitement, nous ne l'avons observée que chez quatre de nos malades, par la suite.

Mme P..., à une dose de 6 comprimés par jour, présentait des syncopes à répétition chaque fois qu'elle se levait, sans aucune modification de sa tension artérielle ; elle avait une impression d'éblouissement et tombait. Sa cure a dû être poursuivie au lit. Nous ajouterons que cette malade souffrait de troubles endocriniens dus à une castration chirurgicale et qu'en plus elle présentait, au point de vue cardiaque, une sensibilité particulière, qui s'est traduite par des douleurs précordiales, une impression d'angor, alors qu'on avait tenté un

traitement par l'insuline, qui dut être arrêté. Un électro-cardiogramme montra des troubles de la conduction et sa tension artérielle était à 9 1/2-8.

Nous avons repris le largactil depuis, à des doses plus élevées. Seule une tachycardie à 100-110, bien tolérée, a été enregistrée sans syncope au lever.

Mme J... présenta une syncope, alors qu'on lui redonnait sa dose habituelle, à la suite d'une interruption de deux jours qu'elle avait été passer dans sa famille.

Mme G... présenta aussi une syncope mal expliquée à l'arrêt pourtant progressif du traitement.

Mme de G..., à 10 comprimés, éprouva une sensation de malaise avec lipothymie stabilisée au solucamphre.

Tension artérielle. — Nous avons étudié de très près les variations de la tension artérielle. Actuellement, nous ne nous en inquiétons au jour le jour que la première semaine de cure.

D'une manière générale, chez toutes nos malades, nous avons observé les deux premiers jours une baisse de la tension artérielle de 1 cm. chez les femmes ayant une tension artérielle normale, 3-4 cm. chez les femmes ayant 18-20 de tension maxima, et ceci qu'elles aient été au largactil *per os* ou intra-musculaire. En injections intra-veineuses, la chute est plus rapide, peut-être un peu plus prononcée.

Dans tous les cas, nous avons observé un retour de la tension artérielle à son chiffre antérieur dans le premier mois de cure.

Troubles digestifs

Nous avons eu 11 malades qui, traitées par comprimés, ont souffert d'aigreur, de sensation de brûlures d'estomac. Certaines ont même présenté une susceptibilité gastrique à certains aliments et vomi quelquefois. Ces malaises, que nous avons observés après un mois-un mois et demi de traitement, ont tous disparu par la suite, sans que le largactil ait été supprimé ou même diminué.

Par contre, nous avons observé des troubles plus importants du transit. Mis à part quelques diarrhées (5 cas), c'est surtout de la constipation qu'ont présentée 80 de nos malades. Une constipation opiniâtre, rebelle, constante, qui nous a même obligés dans un cas à interrompre le traitement. Nous avons eu à palper couramment des côlons descendants, bourrés de matières dures, que l'on avait grand-peine à faire évacuer par lavements, lave-

ments purgatifs du Codex, sérums salés intra-veineux, prostigmine, après avoir essayé toute la gamme des laxatifs et médicaments rééducateurs de la motricité intestinale.

Cette atonie intestinale, qui exige une surveillance journalière des selles, s'estompe peu à peu, à mesure que l'on diminue les doses. Son apparition est variable dans le temps. Nous l'avons observée aussi bien en début de cure, quoique à ce moment-là la diarrhée soit plus fréquente, qu'après 2-3 mois de traitement.

Troubles du métabolisme

Poids. — Après deux mois de traitement, les malades de notre quartier d'agitées, reposées, détendues, calmes, les joues plus rebondies, accusèrent presque toutes un gain de 2 à 3 kg.

Nous attribuâmes cette augmentation de poids au repos, et à une alimentation absorbée plus régulièrement et de meilleure grâce. Mais, avec le temps, les courbes sont demeurées ascendantes, malgré une reprise d'activité. Et nous avons maintenant des malades qui ont engraissé de 8-10 kg. en 6-7 mois, une de 13 kg. en 5 mois, une autre de 6 kg. en un mois.

Nous pouvons établir une moyenne d'augmentation pondérale de 1 kg. par mois, en ramenant les temps de traitement à six mois.

Devant ces faits, il nous est impossible de ne pas attribuer au largactil un rôle dans l'élaboration des réserves et en particulier dans le métabolisme des lipides.

Hématoporphyrinurie. — Deux de nos malades ont présenté de l'hématoporphyrinurie.

Mme B..., 70 ans, a reçu trois injections quotidiennes de largactil pendant dix jours, sans résultat sur son agitation. Puis elle se calme, devient de plus en plus prostrée, refusant de s'alimenter. Elle urine très peu, est constipée. Elle ne présente ni fièvre, ni tachycardie. Tension artérielle : 14-7. Mais elle est desséchée, a un teint grisâtre, des yeux ternis, une langue très chargée.

Le laboratoire indique : présence d'hématoporphyrine dans les urines ; urée : 0 gr. 40 ; culot de centrifugation : rien d'anormal.

L'arrêt du traitement, quelques diurétiques, font disparaître l'hématoporphyrine. Le traitement est repris après dix jours à 3, puis 6, puis 8 comprimés, sans incidents, et procure la détente et le calme au bout de 40 jours.

Mlle B..., 40 ans, après dix jours de traitement, pendant lesquels la

dose de largactil avait été amenée à 12 comprimés, présente un œdème du visage, une langue chargée, des urines rares.

Présence d'hématoporphyrine dans les urines sans autres anomalies.

Cessation du trouble en trois jours, après l'arrêt du médicament. Le traitement n'est pas repris car la malade, une schizophrène, restera calme pendant quatre mois.

Troubles gynécologiques

En étudiant les feuilles de règles de nos malades et en éliminant toutes celles qui avaient présenté au préalable des troubles, nous avons noté de l'aménorrhée ou du retard des règles, les premier et deuxième mois de traitement, chez 28 de nos malades, le cycle étant au contraire régularisé par la suite, même chez les malades ayant eu des cycles très irréguliers auparavant.

Nous avons même observé chez une jeune adolescente une tension très douloureuse des seins, sans rapport avec ses règles, et, chez une femme, une montée laiteuse qui dura plus d'une semaine.

Syndrome parkinsonien

Les états parkinsoniens sont fréquemment décrits au cours de thérapeutiques à doses élevées et prolongées. Nous en avons nous-mêmes observés chez 27 malades.

Ces états parkinsoniens sont généralement frustes et incomplets. Nos malades se singularisent tout d'abord par une attitude soudée, une amimie révélatrice d'une hypertonie confirmée par la recherche du phénomène de « la roue dentée ». On trouve alors de la bradykinésie, de l'exagération des réflexes de posture.

Nous avons relevé quatre cas de tremblement au repos, deux cas de sialorrhée isolés. Dans deux cas existait en outre un tic de balancement du tronc.

Ces symptômes sont parfois fugaces, très variables, aisément réductibles par l'artane, sans arrêt du largactil. Les troubles réduits, l'artane est supprimé et le largactil maintenu sans reprise des signes du syndrome extra-pyramidal.

Une seule cure fut interrompue et, le symptôme réduit, nous avons administré de nouveau du largactil et avons pu remonter à des doses moyennes (250 mgr.), sans aucune récidive de Parkinson.

Conclusions

En résumé, nous voyons que les accidents les plus communément observés sont vraiment mineurs.

Une sur trois de nos malades présente une sensibilité de la peau au soleil. L'accélération permanente du pouls se voit chez un sujet sur cinq, ainsi que l'instabilité thermique.

Les autres accidents, dont les symptômes de parkinsonisme, s'observent chez 1 sur 7 des malades. Il nous semble cependant que cette proportion doive augmenter dans les cures prolongées nécessitant une dose assez élevée, mais nous avons vu la labilité des signes de ce syndrome qui ne saurait donc représenter un obstacle sérieux à l'emploi du largactil. Il ne doit être considéré que comme un inconvénient fréquent qu'il est aisé, en règle général, d'éliminer.

Par ailleurs, nous sommes frappés par le fait que les incidents observés ont une symptomatologie que l'on retrouve dans l'étude de la physiologie normale et pathologique de la région diencéphalique, sur laquelle le largactil semble avoir une action élective.

Nous relevons aussi que les faits cités, phénomènes parasites dans notre cure psychiatrique, cèdent à l'accoutumance, alors que l'action du largactil sur les syndromes mentaux semble au contraire persister.

Nous n'avons pas eu, au cours de cet exposé de cas cliniques, la prétention d'expliquer le mécanisme de ces incidents, nous avons simplement voulu apporter le résultat de notre expérience, avec un seul accident grave qui, mieux interprété, aurait sans doute pu être traité efficacement.

ETUDE POSITIVE DES PRINCIPAUX PROBLÈMES QUE POSE LA SORTIE DES MALADES MENTAUX INTERNÉS

PAR

M. LECONTE et B. HALPERN

Les différents facteurs qui président aux conditions de la sortie peuvent pratiquement se ranger sous quatre rubriques différentes : les unes sont du domaine du psycho-diagnostic ; d'autres du somato-diagnostic, car il y a des contre-indications physiques ; d'autres, enfin, relèvent du bio-diagnostic, et un très grand nombre, des données du socio-diagnostic.

I. — Problèmes au niveau du psycho-diagnostic

Les éléments intervenant dans les conditions de la sortie *du point de vue du psycho-diagnostic* ne sont pas d'une importance égale. C'est ainsi que la coloration des idées ou les troubles de l'humeur sont d'une importance beaucoup plus grande que l'altération du fond mental quand celle-ci n'est pas considérable.

Nous envisagerons successivement les problèmes posés par l'activité délirante, les déficits intellectuels, les troubles de l'humeur et de l'activité.

a) *Persistance d'une activité délirante.* — La persistance d'une activité délirante rend, à notre sens, impossible une sortie qui est sollicitée.

Comment remettre dans le courant de la vie normale cette femme de 56 ans, par ailleurs calme, s'occupant à de menus travaux de couture, vêtue d'un nombre impressionnant de tricots baroques, brodés de hiéroglyphes multicolores dont chacun a sa signification, et qui refuse certains aliments parce qu'ils sont « syphilisés », et nous

déclare « je suis découpée dans les murs », ou bien « les voisins du dessous me grattent jusque dans la gorge en passant leurs bras par le bras du fauteuil ».

D'autre part, ses bras, ses jambes peuvent se déplacer pour porter la bonne parole, « hololo-colto-toiralstato leiréal ». Elle ne peut serrer la main qu'on lui tend parce qu'elle « fait des enfants par tous les pores de sa peau » et risque d'en donner par la poignée de main.

De plus, elle est « commandée à distance ».

Devant un tableau aussi patent de désordre psychique, la sortie ne doit pas être autorisée, car, même si l'essentiel réside dans le comportement, un excès d'anomalies psychopathologiques rendrait difficile la remise en liberté du sujet, et serait une cause d'incidents. Cette femme, cependant, est, par ailleurs, tranquille. Cependant, comme l'un de nous le notait dans les « Archives de médecine sociale » [1] : « Le psychiatre devra un jour faire la part du feu », et « on doit largement tolérer le droit de délirer, si ça ne gêne personne », et seulement à cette condition.

Mais, pour cela, il convient que l'activité délirante n'ait aucun retentissement social et que caractère et comportement soient satisfaisants.

La pratique du placement familial illustre assez bien cette conception [2].

b) *Réticence.* — Le syndrome délirant peut d'ailleurs parfois être habilement camouflé à l'hôpital par un malade désireux de sortir.

La réticence vient compliquer le problème de la sortie.

Nous considérons, quant à nous, que la sortie d'un malade réticent est une imprudence.

Tout malade réellement guéri ou réellement inoffensif se confie à son médecin, lui fait confiance, semble détendu.

L'existence d'une réticence expose à des risques tels qu'il est nécessaire d'attendre qu'elle soit vaincue.

Il faut naturellement la distinguer d'une mauvaise volonté, d'un manque de sympathie à l'égard du médecin, et il peut être utile de s'assurer qu'il ne s'agit pas de réticence nettement pathologique, mais seulement d'un élément d'interpsychologie, en prêtant la plus grande attention aux dires et au comportement du malade auprès des collaborateurs du médecin responsable.

Nous citerons pour exemple cette malade qui, lors d'un premier examen en vue de sortie, déclarait d'un ton assez détaché qu'elle avait eu, à son entrée, des « idées », selon son expression, « idées » lui

faisant croire qu'elle était constamment « auscultée », que la radio lui parlait, qu'elle allait être livrée à la médecine...

Le comportement étant par ailleurs calme, devant de tels propos, l'espoir d'une sortie semblait permis et la malade fut inscrite pour un nouvel examen systématique en vue de sortie.

Mais ces « idées » semblant avoir disparu sans que rien puisse vraiment être affirmé, ces dires donnèrent l'impression de réticence au chef de service.

Et le lendemain, au cours d'un nouvel entretien, la persistance du délire devenait patente, délire à thème d'influence, de persécution, avec hallucinations auditives et cénesthésiques, emportant l'entière conviction de la malade, qui rapporta ses griefs avec une sthénicité remarquable, contrastant avec le calme souriant de la veille.

La sortie ne put être accordée, d'autant qu'une tentative de suicide, et des menaces de suicide avec son enfant, avaient été faites avant l'internement pour ces mêmes thèmes délirants.

Quoi qu'il en soit, il semble que cette notion de réticence se soit de nos jours quelquefois perdue de vue et de là résultent, à la fois, bien des échecs et bien des incidents à la sortie.

c) *Critique de l'épisode pathologique.* — La guérison de l'activité délirante et du syndrome ayant motivé l'internement pouvant être considérée comme acquise, deux cas se présentent pour lesquels les décisions relèvent de cas d'espèce : le malade corrige, ou ne corrige pas l'épisode pathologique vécu.

Si la correction existe, la guérison est de bon aloi, il faut alors passer à l'étude des conditions suivantes.

Dans d'autres cas, il n'y a aucune espèce de correction.

« Je suis venue ici, je n'étais pas malade », disent alors les malades. Là encore se pose le problème de la réticence. Quelquefois, il s'agit simplement de méconnaissance de l'épisode psychopathologique vécu, mais il est nécessaire de prendre des précautions particulières. L'absence de correction n'est pas une contre-indication formelle à la sortie, mais elle est une indication de précautions spéciales.

d) *Déficit mental.* — Le problème du déficit mental, qui ressort d'une étude systématique du fond mental, est moins important que celui de l'activité délirante, mais il peut néanmoins être parfois gênant pour la sortie.

Il peut y avoir, soit amnésie nette, soit déficit intellectuel discret. La persistance d'une amnésie, une amnésie lacunaire par exemple, n'est généralement pas un obstacle intellectuel, si tous

les autres facteurs sont satisfaisants. L'existence d'un « tassement » intellectuel n'est pas non plus une contre-indication dans la majorité des cas.

Encore faut-il savoir que certaines amnésies, ou négations obstinées de faits importants ou de données capitales, outre qu'elles posent le problème de la réticence, peuvent se révéler comme un obstacle à la sortie.

Par exemple, c'est le cas de cette malade, internée en novembre 1951, pour accès alcoolique subaigu, avec éléments confusionnels et oniriques, et ayant fait des tentatives de suicide.

Actuellement, elle présente un syndrome de déficit intellectuel, mais a cette particularité de méconnaître systématiquement certains faits, non pas tellement ses tentatives de suicide (ce qui est banal), mais surtout les changements de situation sociale de son mari et d'elle-même, par conséquent, survenus pendant son internement : bien que famille, médecin et assistante sociale, le lui aient répété maintes fois, elle se refuse à admettre que son mari, ruiné, a dû vendre son commerce et qu'il vit misérablement dans une petite chambre.

Elle ne croit pas à tout cela, et ne veut retourner que dans son ancien domicile, pour reprendre la direction de son débit de boissons.

La sortie est évidemment quasi-impossible dans ces conditions. La tiédeur connexe du mari à reprendre la malade pèse également dans la balance du problème.

e) *Troubles de l'humeur.* — Les troubles de l'humeur et du caractère sont essentiels.

Ce sont eux qui retentissent sur le comportement. Tant que l'humeur n'est pas stabilisée, une prompte rechute est toujours à craindre. La persistance d'une humeur déprimée chez une mélancolique, quelles que soient les bonnes justifications que l'on donne du mauvais milieu qu'est l'asile, doit faire faire les plus grandes réserves. Pour notre part, un mélancolique, non guéri, ne devrait pas faire l'objet d'une sortie précoce. De même, un maniaque qui présente encore un léger degré de sthénicité bénéficie bien rarement, à notre avis, d'une sortie qui va réactiver son excitabilité. L'irritabilité, tant qu'elle n'est pas diminuée de façon notable, doit faire faire les plus grandes réserves, comme chez cette déséquilibrée psychique avec alcoolisme chronique, actuellement beaucoup plus calme qu'à l'entrée, lucide, non délirante, mais qui, dès qu'on aborde le sujet de son alcoolisme ou de ses démêlés avec sa propriétaire, se livre à des manifestations coléreuses, bruyantes avec cris, larges gestes violents et surtout théâtraux.

f) *Activité.* — Enfin, l'activité dans le service est encore à analyser.

Il faut toujours s'assurer des tendances profondes du malade, de ses projets, de ses espoirs, de ses désirs, en tenant compte qu'il y a parfois fort loin de ce que l'on exprime à ce vers quoi l'on se sent poussé. L'enfer est pavé de bonnes intentions, et nombre de nos malades en ont d'excellentes, et cela sincèrement devant le médecin, qui cependant sont controuvées par l'étude du comportement, que nous reverrons avec les données du socio-diagnostic.

II. — Problèmes au niveau du somato-diagnostic

Lorsqu'un malade est mentalement guéri, il peut se faire que son *état physique* s'oppose à la sortie.

C'est parfois la survenue d'une affection aiguë qui va retarder momentanément la sortie.

Ainsi chez cette femme admise en octobre 1954 avec le certificat suivant : « Syndrome délirant et dépressif chez une sénile hypertendue et déficitaire », pour laquelle on notait, le 24 octobre, « disparition de l'état dépressif avec bonne critique », mais qui présenta alors une pneumonie avec défaillance cardiaque, obligeant à prolonger son hospitalisation jusqu'au 28 novembre.

Il est des contre-indications beaucoup plus durables.

Il s'agit d'infirmes, que l'infirmité ait déjà existé au moment de l'internement, ou qu'elle soit survenue durant celui-ci (fracture, par exemple, d'autant plus regrettable lorsqu'elle survient après un électrochoc).

Le cas suivant illustre bien cette éventualité.

On voit, dans cette observation que, placée en mars 1952, à la suite d'un état délirant, la malade avait, précédemment, présenté un état anxieux avec défénestration, qui avait provoqué une fracture du bassin et du fémur gauche, et à la suite de diverses interventions, entraîné une incontinence urinaire à peu près complète. En mars 1954, le syndrome délirant était quasi-corrigé, l'élément anxieux avait disparu. Mais la question de son assistance au dehors de l'hôpital posait des problèmes tels, du fait de son infirmité, que ce n'est qu'en septembre qu'elle put sortir de l'hôpital, alors que mentalement le tableau était depuis longtemps satisfaisant.

D'autres exemples d'infirmités — rendant difficile une sortie — pourront être retrouvés dans l'article déjà cité (1), tel celui d'une malade atteinte de surdité totale avec hyperémotivité (observation n° 11) et pour laquelle le certificat de quinzaine mentionnait : « Seule son infirmité rend impossible un essai de sortie. »

III. — Problèmes au niveau du bio-diagnostic

Du point de vue biologique, il y a également des contre-indications. L'exemple le plus démonstratif est celui d'une paralytique générale dont l'état d'excitation a diminué, le déficit mental est mineur, mais chez qui persiste une ponction lombaire assez nettement positive. Dans un tel cas, une sortie risquerait d'être « arrosée » par exemple, ou, faute d'un traitement suivi, elle pourrait s'accompagner d'une nouvelle poussée de la méningo-encéphalite, et ne doit être autorisée qu'après une neutralisation de la formule biologique altérée.

Ce fut le cas pour Mme G..., entrée une première fois en août 1940 pour paralysie générale avec excès alcooliques ; elle sortit en octobre 1940, après impaludation.

Les Bordet-Wassermann, Meinicke, étaient positifs dans le sang ; le Kahn négatif. Dans le liquide céphalo-rachidien, le Pandy et le Weichbrook étaient positifs ; l'albumine s'élevait à 0,75, les leucocytes à 73 et le benjoin colloïdal précipitait, selon la formule : 12222.22222.22100.

En mars 1951, elle revient donc inévitablement pour un état subconfusionnel avec bref raptus délirant et excitation amnésique. Un traitement au stovarsol est commencé, et sans tarder la malade sort, en mai. La sortie prématurée est manifeste.

En août 1952, nouvel internement pour activité confusionnelle postcritique, avec déchéance sociale. La sérologie est positive. Un traitement est alors entrepris régulièrement.

En mars 1953, la sérologie sanguine est faiblement positive. Dans le liquide céphalo-rachidien : Bordet-Wassermann, Kolmer et Kahn sont négatifs, ainsi que le Pandy ; le benjoin colloïdal, précipité selon la formule 00000.22221.00000 ; il n'y a que 2 cellules au mm^3 et l'albuminorachie est de 0,58. Le test de Nelson donne un taux d'immobilisation de 97 % en décembre 1953.

Le traitement est poursuivi jusqu'à la sortie, en avril 1954, sortie qui eut lieu bien après la disparition des troubles psychiques présentés à l'entrée et seulement lorsque la sérologie fut redevenue normale

(1) *Loc. cit.*, n° 1.

dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, très amélioré cette fois, comme en témoignent les résultats suivants :

Sang : sérologie classique négative ; test de Nelson : 100 % ; liquide céphalo-rachidien : Kolmer négatif, albumine 0,36, cytologie 0,80 ; Benjoin colloïdal précipitant selon la formule : 00000.22200.00000. Test de Nelson à 87 %.

Encore le certificat de sortie portait-il une double condition : « que la malade fréquente la consultation antialcoolique de la police et qu'un traitement antispécifique et des examens biologiques soient régulièrement attestés, pour déceler l'absence de réactivation ».

Le bio-diagnostic a une valeur prophylactique d'extrême importance, non seulement pour la sortie totale, mais encore pour un éventuel placement familial, et l'on a pu dire : la neutralisation et le maintien de l'équilibre biologique d'un malade sont la clé d'une assistance élargie par la liberté relative (1).

On peut voir d'ailleurs dans ces trois internements d'une même malade la valeur relative des statistiques qui n'étudient pas le problème des rechutes.

IV. — Problèmes au niveau du socio-diagnostic

Sous la rubrique du socio-diagnostic, nous envisagerons les conditions d'ordre administratif et social de la sortie.

a) *Nature du placement.* — La nature du placement joue un rôle important.

Pour les malades en placement volontaire, la sortie pourra facilement être accordée par le médecin.

Dans certains cas, il sera nécessaire de laisser la famille requérir la sortie contre avis médical, dans un double but : d'une part, de bien marquer l'avis du chef de service, et, d'autre part, afin de contraindre surtout la famille à se soucier au maximum de ses responsabilités et d'obtenir un plus grand respect des conditions posées (fréquentation d'un dispensaire, visites médicales, thérapeutique post-hospitalière, etc...).

Parfois, cependant, l'incompréhension de la famille est telle que la nécessité s'impose de transformer en placement d'office un placement volontaire pour lequel la sortie est réclamée de façon insistante, alors que l'état du malade la rend impossible à accorder.

Nous en donnerons comme exemple le cas de Mlle V...

(1) *Loc. cit.*, n° 1.

Internée une première fois d'avril à juin 1947, elle est placée d'office en avril 1949 pour schizophrénie sur fond de déséquilibre mental, avec réactions agressives, en particulier à l'égard de sa mère, coups et menaces de mort.

En avril 1950, elle sort avec le certificat suivant : « Est atteinte d'un état schizophrénique sur fond probable de déséquilibre mental ; troubles du cours de la pensée, barrages, impulsions par intervalles. Autisme délirant probable. Insulinothérapie (trois comas) en juin, juillet 1949, sans résultats appréciables. »

On lit, dans une lettre adressée à un médecin : « La famille insistant d'une façon pressante, j'ai fini par céder, et la malade sortira dès que l'accord de la préfecture de police sera obtenu. »

En avril 1951, elle est réinternée par placement volontaire, après « voies de fait sur un voisin », et sort à la requête de la mère, bien que le certificat de sortie mentionne : « pas de modification importante ».

En novembre 1953, nous faisons connaissance de la malade lors de son quatrième placement, volontaire, pour « démence précoce « avec actuellement épisodes violents d'agressivité, érotisme, cris, « qui rendent le séjour familial impossible. »

Depuis, le syndrome discordant se maintient sans changement. La violence et l'impulsivité sont presque constantes. Néanmoins, la famille persiste à réclamer la sortie. C'est pourquoi, après une courte visite du médecin-inspecteur de la préfecture de police, la transformation de placement volontaire en placement d'office a été demandée par le médecin-chef.

Ce cas est encore à méditer devant les statistiques spectaculaires de certaines sorties.

Les sorties des malades en placement d'office posent toujours un problème un peu délicat.

Il convient de vérifier de très près si le cas a cessé de répondre à la notion de danger pour l'ordre public ou la sûreté des personnes.

On conçoit mal la sortie en trois semaines d'un individu qui s'est montré dangereux, surtout s'il a été reconnu justiciable de l'internement aux premières vingt-quatre heures et lors de la quinzaine passée à l'hôpital psychiatrique par le même chef de service. La chose est assurée pour les alcooliques.

Quant aux malades placés d'office par non-lieu, après expertise psychiatrique, nous estimons que leur sortie devrait à nouveau, et toujours, faire l'objet d'une nouvelle expertise, à défaut d'une nouvelle législation.

Il convient naturellement que l'expert commis ait quelque

compétence et expérience de ces sujets, ce qui naguère encore ne s'observait pas toujours.

Nous avons demandé une telle intervention chaque fois qu'elle nous semblait nécessaire, et toujours invité la préfecture à informer le procureur de toute sortie ainsi envisagée.

b) *Nombre de placements.* — Le nombre des internements antérieurs doit jouer dans l'étude des contre-indications de la sortie.

Toutes autres conditions étant pesées, on hésitera beaucoup moins pour un premier internement que s'il y a eu plusieurs placements antérieurs. La répétition des internements peut montrer :

soit l'inintimidabilité : c'est le cas pour certains invalides mentaux, certains anormaux et divers médico-légaux pour lesquels la voie de l'hôpital psychiatrique a été prise et, à notre avis, doit être suivie ;

soit l'inefficacité de la thérapeutique : c'est le cas de certains syndromes maniaques aux accès de plus en plus rapprochés, telle cette malade dont les internements successifs ont été séparés par des intervalles de 4 ans, 17 mois, 11 mois, 8 mois, puis 6 mois, ou de cette autre qui a pu se maintenir hors de l'hôpital 9 mois après le premier internement, 4 mois après le deuxième, 2 mois seulement après le troisième, et dont les périodes calmes sont actuellement si courtes que toute sortie est quasi-impossible. La cure par réinsertion sociale s'étant émoussée, nul doute qu'une conception biologique de la psychose ne prévaille un jour devant des cas aussi significatifs.

c) *Gravité des réactions.* — Autant et plus que le nombre des internements, la gravité des réactions qui les ont provoqués doit être mûrement pesée.

« Chassez le naturel, il revient au galop », est un dicton qui garde bien souvent sa valeur en psychiatrie.

Il n'y a pas que l'épileptique pour tendre à recommencer les mêmes gestes. Le retour aux mêmes conditions de milieu, avec un même état biologique (fatigue, intoxication), aura toutes les chances d'entraîner la répétition d'actes similaires. Tel le cas de cette déséquilibrée psychique hyperémotive, avec impulsivité et phases de troubles caractériels accentués, dont les divers internements ont été motivés par des tentatives successives de suicide par du crésyl, du gardénal, du sonéryl et enfin par défénestration.

Chez les alcooliques, ces réactions antérieures ont une importance capitale, et l'on sait la fréquence des drames causés par des alcooliques, ayant souvent déjà subi des cures brèves de désintoxication, et qui reboivent, parfois au contact de l'objet de leur jalousie par exemple. Que de cas ne pourrait-on aussi citer « d'ex-déments précoces » replongés dans l'étreinte de la sollicitude maternelle contre laquelle ils avaient déjà manifesté de la haine, ou ébauché des manifestations brutales, auxquelles on n'avait pas réservé tout le sort qu'elles méritaient dans les arguments qui doivent peser sur la sortie.

d) *Comportement.* — C'est aussi dans le cadre du socio-diagnostic que nous étudions le comportement de nos malades à l'hôpital, comportement qui, pour être un argument en faveur de la sortie, doit être satisfaisant ou du moins paraître viable.

Bien souvent, on suppliera le médecin d'agréer à la sortie, le milieu encombré, à promiscuité inacceptable, paraissant malsain pour le malade.

Le fait n'est pas sans exactitude, mais il convient que le malade ait déjà donné des gages de chance de réadaptation ultérieure. L'essai doit être fait en milieu médicalement surveillé : colonie familiale, établissements ou services de convalescents qu'il faudra bien arriver à faire créer un jour ou l'autre.

A défaut, une sortie d'essai, c'est-à-dire « une sortie surveillée », avec en général une garantie écrite du tiers, à la personnalité définie et avec résidence imposée, peut être tentée. (On pourra voir à ce sujet l'intervention de l'un de nous au sujet du rapport sur le problème de l'assistance, au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France, de 1948) [3].

En attendant, le comportement du malade doit être envisagé principalement sous deux aspects : le comportement général et le comportement dans le travail.

L'ergothérapie n'a jamais guéri aucune syphilis, aucune dysthyroïdie, aucune tumeur cérébrale, nulle épilepsie, mais elle est un adjuvant qui sert à la fois d'auxiliaire thérapeutique et de pierre de touche pour la sortie ultérieure.

La tenue soignée des feuilles de comportement par le personnel est d'une importance majeure. Il faut y ajouter celle d'une feuille d'ergothérapie imaginée à Bassens par l'un de nous, en collaboration avec l'économe de l'établissement.

Le comportement général, pour être viable, doit être dénué de réactions que la société n'admet pas (coups aux uns et aux autres, injures au personnel). On accusera tantôt celui-ci, tantôt l'am-

biance. Ce n'est pas suffisant. Un malade guéri ou dont la sortie doit durer ne commet plus ces écarts de conduite.

Ce comportement doit aussi être satisfaisant depuis un certain temps. Il peut être variable selon les cas, mais il faut s'en assurer et ne pas précipiter les choses. Les rechutes à brève échéance au sein de l'hôpital psychiatrique, à quelques exceptions près, auraient pu se produire dehors.

Le refus de s'occuper est une manifestation pathologique. L'ergothérapie indique ce qu'on pourra obtenir des malades ultérieurement. Mais elle ne doit être en général ni précoce, ni constante, ni intense. Certains malades refusent tout travail, alors que tout semble aller bien. Il n'y a apparemment aucune cause à cela, bien que ce refus soit justifié, d'après les malades, par l'insuffisance du pécule, ou soit une protestation contre le maintien à l'hôpital.

L'expérience prouve que ce sont, en général, des réticents non guéris. Un malade en état de sortir ne refuse guère généralement au médecin de s'occuper. S'il ne le fait par amitié pour lui, il consent aisément à le faire par sympathie pour l'infirmier.

Et nous citerons cet exemple banal d'une malade de 65 ans, entrée pour un état dépressif en période d'involution sénile, avec mutisme, indifférence, inertie complète.

Longtemps inhibée et inactive, elle s'améliora progressivement sous l'influence du seul traitement médical simple, et paraissait, à un moment donné, guérie de son état dépressif, mais refusait toutes les invitations à s'occuper. Puis un jour, enfin, elle accepta quelques petites tâches, et bientôt sollicita elle-même des travaux divers. Son état mental, parallèlement, s'améliora, et l'indifférence fit place au désir de reprendre une vie normale et active au dehors, ce qui ne tarda pas à se réaliser, la sortie ayant été accordée.

e) *Milieu familial.* — Les obstacles à la sortie sont parfois imputables non au malade lui-même, ou plutôt non seulement à lui, mais encore à la famille, au milieu social. Sivadon rappelait dans un article [4] que « la maladie mentale est la conséquence, avant d'être la cause, d'un trouble dans les rapports individu-milieu ». Pour nous, la cause est médicale, mais que de cas pourrions-nous citer de malades apparemment guéris et rechutant dès leur retour dans le milieu familial.

Nous n'en prendrons par exemple que le cas de Mme B... qui, hospitalisée le 30 décembre 1953, pour un syndrome de stupeur confuso-anxieuse, sortait le 9 février 1954, pour retourner avec son mari.

Le lendemain même de sa sortie, elle rechutait, et devait être réinternée le 16 février. Les renseignements demandés sur le mari apprirent que celui-ci traumatisait constamment sa femme par ses brutalités et des rapports sexuels anormaux.

Parfois, l'influence déplorable du milieu est encore plus nette, comme le prouve l'observation de cette femme admise avec le certificat suivant :

« Alcoolisme chronique, automatisme mental durant depuis plusieurs mois au moins. Hallucinations auditives. Idées d'influence, réactions agressives avec tentative de strangulation contre une voisine. Cohabitation avec un mari alcoolique, plusieurs fois interné de ce fait. »

La notion de mari alcoolique fut encore confirmée par la visite du mari, en état d'ébriété. La disparition du syndrome d'automatisme mental et des réactions agressives ne nous parut pas suffisante pour une sortie valable, et celle-ci ne fut accordée, selon les termes mêmes du certificat, « qu'avec l'assurance que la malade, accompagnée par l'assistante sociale, prendrait le train le soir même pour se rendre en province chez sa belle-sœur, tandis que le mari liquiderait la question du logement ».

Sans ces conditions, la rechute plus rapide que normalement semble assurée, et éventuellement des incidents de voisinage l'accompagneraient. Sortie conditionnelle à laquelle la malade a déclaré consentir en présence de l'assistante sociale.

Parfois, et là, le problème est encore plus délicat, l'étai familial fait complètement défaut. Et le cas n'est pas unique d'un mari ayant « refait sa vie » durant le long internement de sa femme, comme en témoigne la lettre suivante.

« Pensez-vous qu'il puisse y avoir un espoir de guérison, car je suis resté seul avec deux enfants. Je me dois de vous faire une confidence dont vous allez comprendre les mobiles : j'ai retrouvé une amie compréhensive, qui considère mes enfants comme les siens depuis un an et demi que nous nous connaissons. C'est pourquoi je m'adresse à vous pour me dire exactement l'état de ma femme, car, même guérie, je ne pourrais plus reprendre la vie commune avec elle. »

On conçoit mal l'éventuel retour chez elle de cette malade dont la sortie ne peut de ce fait qu'être retardée.

Retardée aussi fut la sortie de cette malade aortique de 74 ans, pour laquelle le certificat annuel d'août 1954 notait : « guérison actuelle d'un syndrome dépressif ; la sortie demeure subordonnée à l'engagement de parents d'assister cette infirme cardiaque susceptible de rechute ».

Le fils de la malade promit de sortir et d'assister sa mère. Une date fut même fixée pour le départ, mais le fils ne vint pas.

Il fallut plusieurs lettres et entretiens pour le convaincre enfin de la nécessité de sortir sa mère, malgré les difficultés que cela pouvait lui occasionner à lui, et ce n'est qu'en avril 1955 que la malade quittait enfin l'hôpital psychiatrique pour se rendre chez son fils, en attendant peut-être un placement en hospice.

f) *Ressources.* — La question pécuniaire joue aussi un rôle important dans les facteurs de la sortie. Les ressources et les moyens d'existence du malade après la sortie doivent être envisagés avant celle-ci. Cela se conçoit aisément. Ils dépendent de la profession du malade ou des moyens de la famille dans certains cas.

Le manque de ressources est souvent invoqué par les membres de la famille à qui l'on voudrait remettre le malade à la sortie ; témoin ce compte rendu de la visite de la fille d'une de nos malades.

« Jeune femme, mère d'un enfant, dont le mari gagne moins de 20.000 francs par mois. Souhaite la sortie de sa mère, mais craint la charge que représente pour son ménage le retour de sa mère au foyer. En fin d'entretien, la jeune femme s'effondre en larmes à la pensée que son manque de ressources et l'impossibilité où se trouve sa sœur d'exercer une surveillance quelconque sur leur mère, peuvent retarder la sortie. »

Nous rappellerons à ce propos que l'un de nous a préconisé le placement homo-familial, qui permettrait au malade, incapable de vivre seul, de se retrouver en milieu familial sans frais pour la famille, et qui, d'autre part, fait réaliser à l'administration de substantielles économies, les « nourrices homo-familiales » étant moins rétribuées que celles des placements familiaux ordinaires (*L.C.*, n° 3).

g) *L'activité ultérieure.* — L'activité ultérieure du sujet, ses dispositions résiduelles à se livrer à un travail quelconque sont d'une importance capitale, car, même si le malade, assuré social, peut aller en convalescence sans frais dépassant ses moyens,

même si la famille a les moyens de l'héberger, il faut songer que le malade devra un jour reprendre son travail. C'est pourquoi la question de la profession est également un des facteurs à peser avant toute sortie.

Deux cas peuvent se produire : ou bien celle-ci est insuffisante, ou bien elle ne l'est pas, mais le problème peut se compliquer du fait que le malade sortant n'est parfois plus capable d'assurer sans danger la même activité, les mêmes efforts, dans le même milieu professionnel, bien que sa profession soit assez lucrative.

Il conviendra alors de changer son activité professionnelle ou simplement de la réduire. Et c'est pourquoi, aidée de l'assistante sociale, il sera normal de voir, tôt ou tard, affecter au service de chaque établissement une orienteuse professionnelle spécialisée, susceptible d'étudier tous ces problèmes avant la sortie elle-même, afin d'apporter le maximum de chances de succès à ces sorties qui risquent autrement, comme c'est souvent le cas, d'être suivies de rechutes.

Ces causes sociales de rechutes, qui d'ailleurs n'englobent pas toute l'étiologie des rechutes, puisqu'il existe des facteurs proprement médicaux qui interviennent, doivent être écartées dans la mesure du possible.

g) *Logement.* — La question des ressources du sujet peut aussi influer sur l'épineux problème du logement, facteur important à considérer lors de la sortie.

Parfois, il n'y a pas de logement, et la sortie n'en est que davantage différée. Mais le problème n'est pas toujours résolu si le logement existe.

En effet, les difficultés peuvent surgir du fait des locaux eux-mêmes, ou trop grands, ou trop petits, ou du fait de la nature du mal du malade lui-même, par exemple dans le cas banal d'un délire de palier guéri.

Il est contre-indiqué de replacer le malade dans le même milieu et formellement interdit de le faire si, par surcroît, un précédent essai de sortie a échoué dans les mêmes conditions. On trouvera des illustrations relatives à ce problème du logement dans l'un de nos travaux, en collaboration avec Mlle Pellier [5]. Les observations résumées de ce travail illustrent d'ailleurs cette démonstration, si elle était encore à faire, de l'importance des questions du logement, dans la pratique psychiatrique, lors des problèmes de la sortie.

On voit combien l'étude de tous ces faits contribue aussi au recul de la conception nosographique classique de la psychiatrie [6].

Donc, si nous voulons, au terme de cet exposé, résumer en quelques mots les conditions nécessaires pour une sortie durable, à notre avis, nous dirons qu'il faut :

du point de vue psychique : la disparition du syndrome ayant motivé l'internement — surtout lorsqu'il s'agit d'un état délirant ou d'un trouble thymique — et l'absence de réticence ;

du point de vue somatique : un bon état général accompagné du point de vue biologique de réactions humorales normales, et, surtout, du *point de vue social :* un comportement satisfaisant du malade tant à l'hôpital que dans ses occupations ;

un étai familial ou social sur lequel le convalescent puisse s'appuyer avant de subvenir lui-même à ses besoins, le cas échéant, par la pratique d'une profession adaptée à ses moyens, sans avoir à se débattre pour des questions d'habitation.

Ce n'est qu'en se montrant exigeant sur la solution de tous ces problèmes avant la sortie des malades qu'on réunira le maximum de chances d'éviter de trop nombreuses rechutes, des incidents dramatiques regrettables et d'avoir des guérisons stables.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. M. Leconte. — La tétrade capitale de la médecine psychiatrique. *Archives de médecine sociale,* janvier-février 1950.
2. M. Leconte. — Quelques règles de conduite du placement familial des infirmes mentaux en fonction d'une conception positive de la médecine psychiatrique. *Archives de médecine sociale,* septembre 1947.
3. M. Leconte. — Conception positive des conditions actuelles de l'internement et de son maintien. *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de langue française,* Marseille, septembre 1948.
4. P. Sivadon. — Une réalisation d'assistance psychiatrique hospitalière. Le Centre de traitement et de réadaptation de Ville-Evrard. *Annales médico-psychologiques,* octobre 1952.
5. M. Leconte et S. Pellier. — Les questions de logement dans la pratique psychiatrique actuelle à travers les données du socio-diagnostic. *Annales médico-psychologiques,* juin 1954.
6. M. Leconte et A. Damey. — *Essai critique des nosographies psychiatriques actuelles. Les lois de mutabilité des diagnostics et des syndromes,* Doin, éditeurs, 1949.

L'APPROCHE CARACTÉROLOGIQUE EN PSYCHIATRIE INFANTILE

PAR

H. AUBIN (de Clermont-Ferrand)

De la psychologie clinique a la caractérologie

Médecin, et voulant avant tout rester médecin (G. Duhamel affirme qu'on ne peut d'ailleurs faire autrement), j'avoue avoir longtemps persisté à examiner les malades sous un angle exclusivement médical, admettant avec mon maître G. de Clérambault que les considérations psychologiques constituaient seulement une sorte de « récréation » — récréation qui, chez lui, il est vrai, aboutit à ces « portraits » de malades d'une si extraordinaire pénétration. C'est pourtant ce grand clinicien qui insistait sur l'importance du « caractère » antérieur chez les aliénés, chez les délirants chroniques en particulier. Il savait mettre en évidence les différences de présentation et de comportement au cours d'un même syndrome — psychose hallucinatoire chronique par exemple — suivant que le malade avait ou n'avait pas un « caractère paranoïaque » (1) = contact hautain et agressif dans le premier cas, aménité souriante fréquente dans le second. Celui-ci ou plutôt celle-ci (car le maître de l'infirmerie, fort des privilèges que lui permettait alors sa qualité de sexagénaire, s'amusait à chercher le signe chez ses patientes seulement), acceptait en riant le pincement de menton traditionnel, alors que celle-là protestait avec indignation.

Cette tendance prolongeait au fond l'œuvre lumineuse de Dupré, dont on critique maintenant sur le plan biologique les « constitutions », alors que sur le plan caractérologique on ne peut que souscrire à l'exactitude des descriptions.

(1) Vers la même époque, Kretschmer nous faisait connaître ses belles recherches sur les caractères sensitifs et la paranoïa affective.

Il fallut un contact quotidien prolongé avec des psychopathes indigènes pour nous faire comprendre la nécessité d'une autre variété de connaissances para-psychologiques (relevant de l'ethnosociologie), seules capables de nous expliquer d'abord les particularités de leurs conduites, ensuite la signification d'un grand nombre de comportements névropathiques et psychopathiques (2) de l'adulte et de l'enfant.

Notre pratique actuelle, presque exclusivement pédo-psychiatrique, nous a enfin démontré la nécessité, dans des états habituellement *pré*-psychopathiques, de recourir à des cadres que la nosologie psychiatrique et même la théorie des constitutions étaient souvent impuissantes à nous offrir : il nous a paru évident que tel enfant, dont on nous décrivait les tendances paranoïaques ou perverses, pouvait fort bien ne pas se maintenir sous cet aspect si on le séparait d'une mère délirante ou d'une ambiance criminogène. Il nous a paru impossible de risquer pareilles appellations pour décrire le plus grand nombre des sujets qui nous était confié.

Deux solutions s'offraient alors :

ou renoncer à chercher d'autres cadres descriptifs ;

ou recourir à une méthode ne faisant pas appel aux données psychiatriques, et postulant que l'enfant observé avant de devenir un malade pouvait être un sujet sain — Lapalissade en apparence seulement, car on connaît par ailleurs bien des développements faussés dès l'origine par une hérédité fâcheuse ou des conditions pathogènes précoces.

Critique de la caractérologie

La première solution est adoptée par de nombreux auteurs pour des raisons théoriques et utilisées avec succès, il faut le reconnaître, par des praticiens expérimentés et doués d'un sens clinique et intuitif particulièrement développé (médecins, psychologues, éducateurs).

Les raisons théoriques s'inspirent de considérations très diverses : les unes, négatives, constatent l'insuffisance, l'archaïsme, l'empirisme des systèmes dont il ont eu connaissance : insuffisance des données constitutionalistes, archaïsme des cadres inspirés de la médecine hippocratique : empirisme, complexité, gratuité de telles autres classifications proposées par tant d'auteurs de qualification plus ou moins discutable.

(2) H. Aubin. — L'homme et la magie.

D'un point de vue positif, d'autres affirment que la personnalité de chacun est une résultante une et unique (postulat « métaphysique » rejeté par G. Heuyer) — ou, tout au moins dans un sens moins imprécis, une réalité originale, mouvante, en voie de perpétuel devenir et échappant à toute possibilité de classement. « Les formules utilisées, écrit H. Wallon à propos du " tempérament ", sont beaucoup trop étroites, beaucoup trop factices pour ne pas être débordées par les faits de toute espèce que l'observation et l'expérience font surgir. » (1). W. Boven, très sévère, demande : « Qu'y a-t-il de permanent, d'invariable, d'inaltérable au sein d'une personnalité humaine, même d'un caractère au sens étroit ?... Les " types " seront toujours des schémas dont toute analyse approfondie se doit, par nécessité scientifique, de s'écarter. La caractérologie se gardera de plus en plus des assimilations typologiques comme d'une suggestion qui l'expose à substituer à de la science sur mesure de la science de confection. Il lui importe beaucoup plus de connaître l'homme que de le caser. » (2).

Retour a la caractérologie

Ces objections mettent en garde avec juste raison contre des systèmes simplistes, statiques ou mécanistes — solutions de paresse qui croient dispenser d'investigations complètes toujours nécessaires sur les données morpho-psycho-biologiques, historiques, environnementales qui ont modelé la personnalité (au sens courant du mot) et continuent à la faire évoluer. S'ensuit-il nécessairement que les modes d'organisation varient à l'infini ? H. Wallon lui-même opte pour la négative et ajoute : « Sans doute, répondent-ils à un certain nombre de types... Il ne suffit pas d'envisager les déterminismes du tempérament, du milieu, du temps comme des déterminismes se limitant réciproquement. Il faut se demander s'ils ne sont pas tous ensemble commandés par certains *déterminismes structuraux* (3), qui répondraient à des *systèmes discontinus d'équilibre* (3), entre lesquels il n'y aurait pas de combinaisons viables. A chacun de ces systèmes répondrait un type de caractère. » (*loc. cit.*).

Ce sont bien ces systèmes discontinus d'équilibre issus de déterminismes structuraux particuliers qui paraissaient à Alain

(1) H. Wallon. — *Encyclopédie française*. VIII. La vie mentale, 8-10-8.
(2) W. Boven. — A propos du traité de caractérologie de R. Le Senne. *Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, 1947, fasc. 1/2.
(3) Souligné par nous.

des réalités dont on ne peut pratiquement se passer. Il n'en était cependant qu'aux doctrines archaïques des quatre tempéraments, qui, écrivait-il, « offrent l'exemple d'une idée encore abstraite, mais juste dans son dessein, et qui peut s'enrichir sans être déformée. Ceux qui n'oseraient plus se fier à ces vénérables instruments nous laissent entendre qu'ils en ont d'autres ; eh bien, qu'ils les montrent ! » (1). Cet enrichissement, relatif, mais consistant, on peut admettre qu'il nous a été offert par de nombreux et solides travaux dont il est difficile de faire la synthèse, mais dont on glanera les apports constructifs dans l'œuvre des Paulhan, Klages, Jaensh, Kretschmer, Jung, Adler, Kunkel, Smolenski, Heymans-Wiersma-Le Senne, etc... L'ouvrage monumental d'Emmanuel Mounier s'efforce d'en ordonner les éléments dans une perspective harmonieuse.

Les psychanalystes, souvent hostiles aux caractérologies, admettent que les mêmes éléments dynamiques survenant chez des « types » de sujets différents n'aboutissent pas aux mêmes résultats. Karen Horney déclare après 15 ans de pratique psychanalytique que certains dogmes freudiens ne lui paraissent plus soutenables ; que la névrose, en particulier, ne lui semble pas la simple répétition d'expériences isolées de l'enfance. Pour elle, c'est l'ensemble des expériences de l'enfance qui se combine pour former une *certaine structure caractérielle ;* ce sont les conditions de vie, les relations inter-humaines qui sont déterminantes. C'est l'analyse de cette structure qui est la tâche essentielle ; bien qu'elle s'y soit employée par des méthodes analytiques, son œuvre rejoint les efforts précédents pour une valorisation de la caractérologie, vers laquelle nous voyons encore converger sous le nom de « typologie » l'important apport neuro-physiologique de J. de Ajuriaguerra ou les travaux de J. Dublineau.

Le professeur G. Heuyer, dont le service est largement ouvert à toutes les disciplines et à tous les modes d'investigation, repousse, nous l'avons dit, les notions de personnalité « imprécise et métaphysique », celles aussi de « comportement » et de « conduite » qui lui paraissent superficielles ; il préfère « revenir » à celle de caractère, à la condition qu'elle soit précisée dans ses éléments ; il rappelle que le terme caractère signifie « empreinte », et le définit comme « ensemble de tendances émotivo-affectives, héréditaires ou acquises, qui règlent les rap-

(1) Alain. — *Eléments de philosophie,* 1941, p. 208 ; réédition de 1916.

ports de l'individu aux conditions du milieu » (1). Personnellement, nous l'avons déjà laissé pressentir, nous sommes resté très longtemps hostile à tout système caractérologique. Nous avons dû constater alors que l'étude d'un sujet aboutissait à une conception atomistique de l'individu et négligeait la notion de structure (2). On en arrive ainsi à mettre sur le même plan des données contingentes (couardise par exemple) et capitales (émotivité), des données complexes (timidité) et élémentaires (émotivité). Dans cette énumération anarchique, on peut bien avoir observé, entre autres détails de moindre intérêt, que le sujet est peu émotif, qu'il abandonne devant les obstacles, qu'il est primaire ou extraverti. Mais cela n'implique absolument pas que cet ensemble réalise une structure « amorphe », qui comporte des traits précis (dont certains ne sont pas fatalement impliqués par la juxtaposition des éléments) et qui entraîne un certain élément de pronostic, certains risques spéciaux, certains principes directeurs rééducatifs.

Couramment, l'on entend décrire un caractère à partir de « qualités » et de « défauts » [perspective purement morale, irrecevable si l'on veut bien observer que tel sujet, par exemple, dépeint par son avocat — sans tromperie — comme courageux, décoré sur le champ de bataille, travailleur, pourrait tout aussi sincèrement se voir traiter de lâche (assassinat de deux vieilles femmes dont une était sa bienfaitrice), cupide, paresseux par la partie adverse]. On est authentiquement héroïque dans une certaine situation, pleutre dans telle autre, zélé dans une certaine atmosphère, désespérément mou dans telle autre, etc...

Pour sortir de cet atomisme, Alain, il y a un instant, ne voyait que le vieux système hippocratique, dont la terminologie, évoquant des conceptions périmées, garde cependant la faveur de beaucoup.

A première vue, le système d'Heymans-Wiersma, défendu par R. Le Senne, ne faisait que compliquer un peu la variété de ces types en conservant des appellations absurdes.

(1) Introduction à la psychiatrie infantile, 198.

(2) Gesell a bien montré (*Le jeune enfant*, p. 12), dès le jeune âge, la formation de ces structures. Sur un plan très inférieur, le moindre de nos actes est déjà bien plus que la simple somme de contractions musculaires élémentaires : tirer la langue, se lever, marcher, sont déjà des complexes psychomoteurs organisés, des praxies, des activités automatiques dirigées. La croissance mentale, comme la croissance physique, est un processus qui aboutit à la constitution successive de structures nouvelles. Négliger cette notion dans l'observation des activités expose à de graves dangers.

Cependant, une étude attentive des descriptions suggérait immédiatement, d'une manière parfois saisissante, de multiples illustrations parmi les personnes que nous connaissions familièrement ou dans notre pratique professionnelle.

Rappelons brièvement le principe de cette classification : il s'agit d'établir comment le sujet étudié se comporte vis-à-vis de trois critères qui représentent des données parcellaires mais particulièrement significatives du caractère : émotivité, activité, retentissement.

Est émotif (E) celui qui prend à cœur des riens ; le nE ou non-émotif ne s'émeut ou ne s'emporte que pour des causes importantes.

Est actif (A) celui qui ne renonce pas facilement devant les obstacles. Le non-actif (nA) renonce facilement.

Le prolongement des impressions, la systématisation de la vie mentale, la puissance d'inhibition caractérisent le mode de retentissement dit « secondaire ». La « primarité » comprend les données contraires et entraîne à une vie dans le présent alors que la secondarité implique des réactions retardées et des ruminations incessantes en fonction du passé.

Un petit nombre de questions subsidiaires ou explicatives complète et renforce ce bref interrogatoire et permet d'arriver à l'un des groupements suivants qui fait l'objet de descriptions détaillées, établies à la suite d'une très vaste enquête. Les éléments de chacun de ces huit groupes s'expliquent assez facilement par la connaissance des trois propriétés fondamentales.

1. E nA P nerveux (que nous aimerions mieux nommer émotifs excitables).
2. E nA S sentimentaux (ou mieux : vulnérables, émotifs inhibés).
3. E A P colériques (ou mieux « toniques »).
4. E A S passionnés (ou dominateurs).
5. nE nA P amorphes (ou égocentriques).
6. nE nA S apathiques (ou atones).
7. nE A P sanguins (ou mieux réalistes).
8. nE A S flegmatiques (ou mieux systématiques).

A la réflexion, le mode d'analyse « émotivité, activité, retentissement » nous paraît bien représenter les fondements rationnels du caractère, pour peu que l'on veuille bien élargir un peu le sens de ces termes.

L'émotivité ne reflète-t-elle pas la façon dont les données de l'environnement affectent le moi ? L'activité, terme peut-être insuffisant et ambigu, contient nos modes d'activités volitionnelles et de réactivité : soit forte, dynamique, persévérante, soit faible, labile, « asthénique ». Le retentissement représente l'ébranlement du moi, dans ses structures idéo-affectives, conditionnant

notre attitude habituelle devant la vie : soit vive et spontanée, soit lente et réfléchie.

Au fond, sur un plan supérieur, c'est une sorte d'arc réflexe qui ne résume certes pas toutes nos possibilités de conduite, mais en canalise un grand nombre : c'est le Grand Canal de Venise, la route nationale, qui concentrent la plus grande partie du trafic, mais n'excluent pas des voyages en zigzags par les voies secondaires.

Mais, en définitive, je crois que c'est la facilité et la grande fréquence de la vérification des types décrits qui ont fait le succès de ce système et conditionnent le grand nombre d'ouvrages et de travaux qu'il a inspirés, tout spécialement chez des gens qui, par métier (professeurs, éducateurs, etc...), ont à observer des enfants et à adopter pratiquement une certaine ligne de conduite. Sur nos conseils, divers moniteurs de notre service l'ont pris comme base d'observation (1).

C'est surtout sur ces données que nous insisterons dans le présent travail.

Nous avons rapporté à diverses reprises les précieux renseignements qu'elle nous avait apportés chez l'adulte (2) :

erreurs de diagnostic rectifiées (une hypersthénie caractérielle a pu en imposer pour une imprégnation alcoolique) ;

pronostic établi en fonction du caractère (une structure apathique aggrave une hypochondrie ou le reclassement social d'un psychopathe en rémission ; une structure amorphe fait prévoir des récidives chez un délinquant) ;

indications psychothérapiques à nuancer en fonction du caractère ;

significations de divers syndromes (certaines manifestations hystériques exprimant une tendance à la domination effective, correspendent à une forme de caractère « passionné »).

Chez l'enfant (3) nous avons apporté des données semblables que l'on peut résumer ainsi.

a) La connaissance des données du noyau caractériel permet de prévoir, dans une certaine mesure, les *conditions d'inadaptation* scolaire, familiale et sociale (situations pathogènes). Ex. : telle E nA S (sentimental, vulnérable), inhibée et meurtrie dans un milieu familial brutal s'adaptera parfaitement dans un nouveau milieu bienveillant et compréhensif ; elle pourra retomber dans les mêmes réactions de

(1) F. Aubin. — La caractérologie de l'éducateur. *Thèse,* Institut psychologie appliquée, Faculté lettres, Clermont-Ferrand, 1954.

(2) Caractérologie psychotechnique et psychiatrie. *Annales médico-psychologiques,* novembre 1948.

(3) Congrès international de psychiatrie, Paris, 1950.

« démission » en face d'une institutrice sévère ou d'une patronne violente.

b) Les notions caractérologiques permettent de prévoir la *forme* que prendra une psychose en évolution. L'E nA S, dont nous venons de parler, évoluera, le cas échéant, vers une paranoïa sensitive plutôt qu'agressive, vers un état d'anxiété plutôt que d'hypersthénie.

c) Sous-tendant une constitution pathologique, la formule caractérologique permet de prévoir le mode de réaction dont le sujet est capable. Pour nous en tenir au même exemple de l'E nA S, la constatation de ce caractère nous explique que tel enfant, devenu épileptique, peut rester doux, timide, réservé, exempt de colères impulsives et de tendance à la cruauté, éventualité que nous avons observée à plusieurs reprises au cours d'observations prolongées.

d) Enfin, c'est surtout en fonction de la structure du caractère que nous établissons un pronostic chez un délinquant déjà parvenu au stade de l'adolescence ou chez une candidate à la prostitution. Peu de chances de redressement chez les nE nA P même placés en milieu favorable alors que le E A P ou le nE A P placés dans les mêmes conditions pourront s'amender définitivement.

La caractérologie assouplie

Cependant, il nous a paru nécessaire de préciser certains points à la lumière d'une expérience de six années, fondée surtout sur l'observation quotidienne de 90 enfants suivis pendant des mois dans notre service et de nombreux cas suivis en consultation externe.

1° L'aspect caractérologique établi par cette méthode n'est qu'*un élément de la personnalité du sujet.* Il doit être complété en fonction d'autres données capitales.

Les données *morpho-biologiques :* les types kretschmériens expriment certaines virtualités intéressantes (ils ont, eux aussi — et employés seuls — déçus ceux qui leur demandaient plus qu'ils ne pouvaient donner). Ceux de Sigaud, de Jacquelin, de Viola ou de Pende renseigneront utilement sur certaines fonctions viscérales ou endocriniennes (1). L'examen médical clinique et biologique apportera des notions indispensables qu'on semble malheureusement sous-estimer dans certains milieux de psychologues et de pédagogues : que dire d'une observation qui laisserait échapper une épilepsie ou une chorée larvée, une hypothyroïdie ou une hyperfolliculinie, chacun de ces états ayant sur le caractère des incidences capitales.

(1) Voir aussi l'ouvrage de P. Delore. — *Introduction à la médecine de l'homme en santé et de l'homme malade,* Masson, 1944.

Les données *psychologiques* elles-mêmes et les *conditions socio-économiques du milieu* comportent des éléments divers : les uns, structurants, collaborent activement à la formation du caractère et de la personnalité, les autres n'intervenant qu'à un stade plus tardif peuvent créer des situations délicates, conflictuelles chez des sujets transplantés d'un milieu dans un autre, privés de présence vitale ou exposés à des influences traumatisantes. L'évolution même du sujet (facteur temps), le passage d'un stade de l'enfance à un autre, l'expose à des difficultés dénommées « crises » par les uns, « aboutissements » par les autres. Enfin, le niveau intellectuel entre, lui aussi, en ligne de compte.

Ce n'est qu'en rapportant les données caractérologiques de toutes ces notions qu'on devra porter un jugement définitif sur la personnalité de l'enfant, sur l'origine de ses troubles, sur leur évolution probable, sur les mesures médico-pédagogiques à conseiller. Ce n'est qu'en l'absence d'éléments significatifs importants dans les autres domaines qu'on pourra s'en tenir à des directives tirées seulement de l'aspect caractérologique.

2° Nous allons maintenant aborder deux points qui nous éloigneront des théories exposées par R. Le Senne.

Le premier a trait au *problème de l'innéité du caractère* résolu par l'affirmative par cet auteur qui voit en lui « un ensemble de dispositions *congénitales* qui forme le squelette mental d'un homme ». Il est certain que le caractère se forme tôt, — beaucoup plus tôt que ne le pensaient les éducateurs de jadis —, mais cela n'implique point l'innéité. L'expérience quotidienne de notre centre d'observation et du dispensaire montre en particulier que la notion de retentissement est souvent impossible à préciser chez des enfants de 5 ou 6 ans ; que des enfants vus à 5 ans, qui se présentaient sous les traits classiques du « primaire », évoluaient sous nos yeux et pouvaient un an plus tard être considérés comme des secondaires. De même, que des non-émotifs nés dans un foyer équilibré devenaient des émotifs par l'intrusion d'un élément perturbateur tel qu'un parâtre ivrogne et brutal ; qu'un actif caractéristique, placé dans ces mêmes conditions successives, devenait parfois un non-actif par le truchement de la réaction de « démission » décrite par Michaux.

Dans d'autres cas, « émotivité-non activité-primarité » nous ont apparu comme les témoins d'un état *d'immaturation* biopsychologique, susceptible de se modifier au cours d'une évolution favorable. La chose est nette chez des instables dont l'aspect

caractérologique correspond habituellement à cette formule ; à mesure que le sujet acquiert une maîtrise plus grande sur sa réactivité psycho-motrice, on pourra voir s'inverser tout ou partie de la triade structurale.

Ces remarques valent seulement pour la première et la seconde enfance ; elles pourraient servir de base à une étude sur la genèse des constantes caractérologiques, — genèse qui, par ailleurs, n'exclut pas la possibilité *d'éléments héréditaires* (certaines oligophrénies, cyclothymies par exemple).

3° Nous en arrivons ainsi à parler de la *permanence du caractère*. (Chassez le naturel...). Là encore, nous nous méfions des théories trop affirmatives ; nous croyons à la *solidité* des structures caractérielles ; nous ne croyons pas à une rigidité absolue. Le caractère nous indique les dispositions qui règlent *habituellement* les réactions et les conduites : habituellement, mais non invariablement.

C'est là qu'il faut différencier caractère et personnalité, celle-ci beaucoup plus complexe et susceptible de réactions plus nuancées, moins prévisibles, où même le libre arbitre intervient à son heure ; pour nous affranchir de ces entités commodes, mais artificielles, il serait préférable de préciser que ce mot de caractère recouvre des types de réactions habituels à la limite des automatismes (ou encore à des conditionnements solides), alors que les réactions de la personnalité correspondent aux conduites d'exception, aux conduites de dépassement. Parmi ces conduites d'exception, celles qui touchent à des points sensibles, celles qui vont naître de situations extraordinaires ou conflictuelles : voici, par exemple, un sujet qui se présente comme un non émotif-non actif-secondaire, que M. Mesnard (1) aime à représenter sous les traits du fonctionnaire méticuleux et tâtillon, disons du gendarme esclave du règlement. Vienne une circonstance qui le sorte brusquement de ses habitudes (la guerre, l'invasion, la lutte clandestine contre l'occupant), changement complet de tableau : le rigide défenseur de l'ordre pourra brusquement se transformer en champion de l'illégalité, le prosaïque et terne gendarme en bourreau cruel, en sadique dévergondé — pour peu que d'autres éléments de sa personnalité s'y prêtent. Notre pratique médico-légale en offre des exemples précis. Chez l'enfant, des constatations analogues peuvent être faites.

Non émotif habituel, N... se montrera d'une susceptibilité

(1) Cours professé à la Faculté des Lettres d'Alger.

extrême, prêt à éclater en larmes ou en impulsions violentes si l'on parle de le mettre en pension (réactivation d'un complexe d'abandon et de jalousie).

Telle autre, non active, instable, turbulente, taquine, querelleuse, insolente dans sa famille où elle subit de réelles injustices, où elle se voit préférer une sœur cadette plus jolie physiquement, se montre à l'école, où règne une équité parfaite, la plus sage et aussi la plus appliquée, la plus persévérante des élèves.

Plus fréquent le cas inverse de l'enfant astreint dans une école austère à des activités qui sont un défi à ses besoins d'activités, de jeu et d'affection.

D'une manière générale, la psychologie de groupe offre des exemples fréquents de modifications transitoires ou durables de la personnalité : l'étude de la timidité serait à citer. Tel sujet non émotif en face du danger, de la douleur des épreuves, devient, en présence d'un étranger, d'un supérieur, une loque inhibée et tremblante, capable des pires bévues, des réponses les plus stupides...

Enfin, et surtout, des influences biologiques peuvent bouleverser le caractère. Nous y reviendrons plus loin.

4° *La caractérologie comme approche dans l'inventaire de la personnalité.* Nous avons rapporté plus haut comment la technique caractérologique devait s'intégrer dans les autres perspectives d'approche de la personnalité. Nous allons nous arrêter un instant sur quelques points importants.

Voyons tout d'abord le problème de l'*extra-* et de l'*introversion.* On sait que Jung a proposé ces termes pour caractériser deux attitudes opposées de l'esprit : la première signifie « orientation de la libido vers le dehors », vers les objets ; la seconde s'applique « aux mouvements de la libido vers le dedans du sujet... l'intérêt ne va point vers l'objet, mais s'en retire et revient vers le sujet » (1). Cette perspective retient avec juste raison l'attention du pédagogue qui doit choisir des méthodes susceptibles d'intéresser le sujet, du conseiller d'orientation qui va guider le choix du métier, du psychiatre qui connaît les corrélations de l'extraversion avec la cyclothymie, — surtout dans ses phases d'excitation —, de l'introversion avec la schizothymie. Une autre corrélation, cependant bien soulignée par Jung, n'a pas assez retenu l'attention des caractérologues : c'est celle que l'on constate à un taux élevé entre extraversion et primarité

(1) Jung. — Types psychologiques.

d'une part, entre introversion et secondarité d'autre part. Nous nous demandons même si cette attitude n'aurait pas un intérêt pratique au moins aussi élevé que le retentissement dans la formule caractérologique et si elle ne devrait pas lui être substituée ; il semble en effet parfois plus facile de la préciser que de déterminer le sens du retentissement.

De nombreux « inventaires de personnalité » très répandus aux Etats-Unis trouvent fréquemment leur utilisation en psychiatrie infantile. G. Heuyer et ses collaborateurs ont fait connaître une adaptation du test de Woodworth Mathews qui oriente vers les personnalités pathologiques. Le questionnaire de Bernreuter renseigne sur les notions d'instabilité émotionnelle, de dépendance, de sentiment d'infériorité, de sociabilité-grégarité. Celui de Bell s'applique à étudier les diverses formes d'adaptation familiale, sociale, émotionnelle, professionnelle, à la santé. Le Cornell-Index précise surtout les désordres psycho-somatiques. Le test 16 P.F. de R.-B. Cattell, qui distingue 16 facteurs, veut être un inventaire aussi complet que possible établi sur la base de l'analyse factorielle.

Tous ces inventaires ont l'avantage de ne pas exiger un très long apprentissage (encore qu'ils nous paraissent dangereux entre les mains de débutants), contrairement aux tests de personnalité et de projection tels que le Rorschach, le T.A.T., le dessin, la graphologie, etc... Ceux-ci, en dehors de leurs enseignements propres, peuvent souvent, entre des mains expérimentées, fournir des éléments d'appréciation très utiles pour l'évaluation de l'émotivité, de l'activité, du retentissement.

Signalons enfin certaines corrélations bio-psychologiques, par exemple entre vagotonie et secondarité, sympathicotonie et primarité, entre l'hyperthyroïdie et le groupement E P, etc...

5° *Du normal au pathologique.* — 1) *Influence de certaines affections sur la structure caractérologique.* — Nous avons exprimé plus haut notre scepticisme sur le dogme de la permanence absolue du caractère. L'incidence de certaines affections nous paraît fort démonstrative à cet égard, — tellement démonstrative même que nous nous en tiendrons à une rapide esquisse : il faudrait d'abord citer les maladies qui bouleversent la personnalité tout entière : encéphalite épidémique, chorée, syphilis nerveuse (même non démentielle), encéphalopathies convulsivantes, certaines formes de tumeurs cérébrales, etc... La traumatologie cranienne me laisse le souvenir d'hyperémotivités acquises typiques ; la déchéance alcoolique crée des non actifs-primaires

(paresseux-amoraux), hyperémotifs (instables), ou anémotifs-apathiques. Inutile d'insister sur ces faits archi-connus. La pathologie endocrinienne offrirait un champ d'investigation tout aussi fécond ; un simple coup d'œil sur les biotypes de Pende évoque des affinités probables :

chez les longilignes sthéniques : entre hyperthyroïdie et groupement E P, entre hyperpituitarisme et A P ;
chez les longilignes asthéniques : entre hyposurrénal et nA S, entre hypoparathyroïdien et E ;
chez les brévilignes sthéniques : entre hypersurrénalien et A P, entre hypergénital et nE ;
chez les brévilignes asthéniques : entre hypothyroïdien et nE nA, entre hypopituitrine-hypothyroïdien et E nA.

D'autres troubles fonctionnels viscéraux (hépatiques, rénaux, etc...) pourraient être étudiés dans la même perspective, compte tenu des rapports inverses (influences des émotions sur les fonctions viscérales), qui sont à la base de la médecine psycho-somatique et engendrent des cercles vicieux stables.

2) *Propriétés constitutives du caractère et pathologie infantile.* — Nous allons rapporter ci-dessous un certain nombre de remarques faites au centre d'observation — donc en principe en milieu d'enfants anormaux.

a) *Sur l'émotivité.* — Mlle J. Boutonier (1) met en garde contre l'ambiguïté du terme « émotivité » : les psychologues (H. Wallon) en ont fait un stade caractéristique du développement de l'enfant (avant 3 ans) ; les caractérologues (Heymans-Le Senne) la considèrent comme un « pouvoir de réagir affectivement aux excitations du milieu » et admettent que les non émotifs ont tout de même la possibilité de ressentir des émotions ; les psychiatres, à la suite de Dupré, définissent l'émotivité comme un « mode de déséquilibre du système nerveux, caractérisé par l'éréthisme diffus de la sensibilité et l'insuffisance de l'inhibition motrice réflexe et volontaire... », d'où la vivacité, l'extension et la durée des réactions : définition qui semble s'appliquer en réalité davantage à l'*hyperémotivité* qu'à l'émotivité. Mais n'en est-il pas de même dans les deux premiers cas ? L'enfant au-dessous de 3 ans se comporte comme un hyperémotif, et les quatre types d'émotifs d'Heymans-Le Senne sont, eux aussi, des hyperémotifs, si l'on s'en rapporte aux descriptions des auteurs, et

(1) *Les conférences de l'école des parents*, mai 1951, p. 15 et suivantes.

tout particulièrement aux deux types E nA P-E nA S. Dans les deux autres : E A P-E A S, le facteur A (expression de l'élément volitionnel) limite l'hyperémotivité, tandis que nA la prive de frein.

L'état de mal émotionnel. — Cette hyperémotivité, après trois ans (et même avant lorsqu'elle dépasse certaines limites), paraît être dans la plupart des cas l'aboutissement d'émotions répétées, ne laissant pas au sujet le temps de récupérer un état de détente, d'équilibre (il résulte, par exemple, de séparations précoces de la mère, de placements successifs chez des nourriciers différents, d'une atmosphère familiale de cris, de disputes, de coups, des gronderies trop violentes et trop fréquentes, etc...). C'est une sorte d'état de mal émotionnel, fixé ou difficilement réversible. Les facteurs biologiques interviennent aussi : hyperthyroïdie (elle-même conséquence possible d'émotions).

Pour nous rendre compte de la valeur de la caractérologie, nous avons systématiquement comparé, pendant deux ans environ, nos diagnostics caractérologiques *cliniques* à ceux de notre psychologue établis en *cours de test.* Dans l'immense majorité des cas, la coïncidence a été parfaite, sauf parfois au sujet de l'hyperémotivité, et presque toujours il s'agissait de sujets considérés comme émotifs par le psychologue, comme non-émotifs par nous-même. Chez les adultes, cette discordance est beaucoup plus rare. Nous nous l'expliquons, au moins en partie, par la constatation banale de *crises de larmes* chez des enfants, *même peu émotifs,* lorsque l'examen se prolonge, surtout lorsqu'il s'agit de débiles. C'est une explosion qui survient, parfois brusquement, parfois avec quelques prodromes (trémulation des lèvres, altération du débit verbal, phénomènes vasomoteurs de la face, larmoiement), qui doivent inciter à suspendre l'épreuve et à faire « détendre » l'enfant d'une manière ou d'une autre. Elle paraît résulter d'une fatigabilité spéciale et d'une « tension » idéo-affective qui se manifeste électivement dans cette *situation d'examen.*

L'analyse de l'émotivité et de la non émotivité, avec leurs mille nuances dans chaque variété et sous-variété de caractère, nous entraînerait très loin. Contentons-nous de mettre en garde contre l'inconvénient qu'il y aurait à conserver le langage caractérologique dans certaines *formes pathologiques :* autant il y a d'avantages à découvrir chez un malade mental le fond caractériel d'origine, autant il peut être dangereux, par l'artifice de la dialectique, de vouloir à tout prix traduire un symptôme original

en utilisant les « propriétés constitutives normales » : ainsi l'indifférence d'un schizophrène n'a rien à voir avec l'élément non émotivité ; l'anxiété authentique n'est pas forcément en relation avec une émotivité foncière : l'anxiété de l'obsédé, par exemple, où l'on serait tenté de voir une forme d'hyperémotivité, coïncidait chez un syphilophobe tiqueur avec une non émotivité foncière, qui ne cédait que pour faire place à une instabilité extrême en présence d'un père castrateur.

Chez l'enfant, il existe également une forme d'indifférence trompeuse, qui nous est parfois présentée comme une inaffectivité flagrante : on l'observe, par exemple, chez des enfants qui sont en réalité passionnément attachés à la mère et qui, en cours d'hospitalisation, la reçoivent au parloir avec une froideur déconcertante, ont l'air de ne s'intéresser qu'aux friandises et aux jouets, partent d'eux-mêmes au bout de quelques minutes sans même penser à l'embrasser. Il s'agit en réalité d'une forme d'agressivité, de rancune motivée par une séparation vécue comme injuste, dont le sujet lui-même se représente mal la genèse ; il subit cette attitude plutôt qu'il ne la dirige, — véritable inhibition masquée bientôt par les automatismes ludiques de cet âge.

b) *Sur l'activité.* — Nous touchons ici à une composante exprimée dans le système Heymans-Le Senne par un critère principal [le fait de renoncer facilement devant les obstacles (nA) ou d'être au contraire stimulé par eux], et des critères accessoires (décisions rapides, ou non ; persévérance, ou non ; toujours occupé, ou non). Pratiquement, on se fait mieux comprendre des enfants et de leurs familles en centrant les questions sur le concept *volonté*, en corrélation étroite avec elle.

Cliniquement, ce sont les quatre types nA qui nous donnent le plus d'enfants (et d'adultes) inadaptés, que ce soit parmi les émotifs (E nA P-E nA S), candidats à l'instabilité, à l'impulsivité, à la névrose, ou parmi les non émotifs (nE nA P et nE nA S) qui font mal augurer des chances de redressement d'un délinquant ou d'un paresseux.

Les psychologues s'inspirent de la même notion en faisant un pronostic réservé ou pessimiste devant ce qu'ils appellent l' « *asthénie* », attitude faite de désintérêt, répugnance à l'effort, « je m'en fichisme », et résultant souvent d'une « réaction de démission » devenue habituelle. Je pense qu'il faut leur demander d'abandonner ce terme ambigu, lorsqu'il correspond à la « non activité » des caractérologues ; il faut le réserver aux asthénies vraies, s'appliquant aux états de fatigue ou de fatigabilité, et se

traduisant par les classiques attitudes hyposthéniques, les comportements psycho-moteurs, les baisses de rendement intellectuel relevant de la même origine. Ainsi serons-nous amené à rechercher les étiologies classiques des asthénies vraies : surrénales, hypothyroïdiennes, hépatiques, neurologiques, etc...

c) *Sur le retentissement.* — Nous avons rappelé les fortes corrélations entre primarité et extraversion, entre secondarité et introversion. Dans l'un et l'autre cas, il faudrait prévoir un état moyen qui implique un juste milieu, peut-être rare, mais auquel on est cependant parfois obligé de conclure.

D'autre part, si Jung estimait que, si l'on est extraverti dans sa vie consciente, on est introverti dans la vie inconsciente (et réciproquement), on pourrait, en ce qui concerne le retentissement, faire une remarque un peu analogue : à savoir que, si l'on se comporte en primaire dans certaines situations, on se comporte en secondaire dans d'autres. C'est là encore, comme pour l'émotivité, qu'interviennent les sensibilisations et les complexes; de même, la culture intellectuelle et certaines formes d'éducation secondarisantes peuvent modifier dans une certaine mesure les conduites primaires, ce qui ramène à la relativité de la permanence du squelette caractérologique et — par voie de conséquence — aux possibilités relatives de rééducation.

La plupart des enfants très jeunes (au-dessous de 6 ans) se présentent comme des « primaires », vivent comme eux dans le présent, se consolent très vite, oublient vite, répondent sans trop réfléchir, alors que l'on peut souvent affirmer un processus de secondarisation en jugeant l'ensemble du caractère : il est souvent facile de distinguer la structure « sentimentale » ou « flegmatique » ou « apathique » qui permettra de conclure au facteur S malgré l'apparence P.

3) *Types caractérologiques et constitutions morbides.* — R. Le Senne précise bien que « toute préoccupation de " valeur " doit être écartée de la caractérologie... qu'on ne doit pas se demander si tel caractère vaut mieux que tel autre, car cette appréciation relève de la morale... Aux hommes à tirer le meilleur usage des caractères qui leur sont départis ». Mesnard, dans son cours, insistait également sur ce fait en montrant qu'on illustrait chaque type de biographies d'hommes de génie... sauf l'amorphe et l'apathique, pour lesquels on doit se contenter d'exemples célèbres à un tout autre titre que le génie, tels que Louis XV et Louis XVI. C'est là en effet une première discrimination à faire

et la clinique du centre d'observation, comme la pratique criminologique infantile, nous montre que ces deux catégories de sujets versent facilement dans l'inadaptation. Nous y ajouterions en second lieu les émotifs (hyperémotifs) et tout particulièrement, comme nous le verrons dans un instant, les E nA ; les colériques et les passionnés pourront bien donner de grands hommes comme Danton et Napoléon, mais le nom même de ces types de caractère comme l'arrière-fond affectif des exemples choisis ne témoignent certes pas d'une adaptation humaine parfaite. Pratiquement, les enfants que nous observons, s'ils entrent dans ces deux types, disposent de ressources de réadaptation beaucoup plus importantes que les deux précédents (E nA) et surtout que les deux premiers (nE nA).

En définitive, l'équilibre parfait serait à rechercher dans les deux types nE A ; tout naturellement, les exemples choisis (Bacon et Kant) se rapportent à deux penseurs illustres. L'équilibre idéal serait même entre nE A P et nE A S ; nommons-le par exemple nE A R (R signifiant retentissement moyen). Il ne nous paraît pas hypothétique, car il y a réellement tous les intermédiaires entre le P et le S — termes extrêmes comme entre les persistances de sensations étudiées chez ces sujets par Wiersma à l'aide du disque de Newton (Le Senne, *loc. cit.*, 91). En fait, nous voyons très peu de nE A dans nos consultations, ce qui semble bien confirmer qu'ils représentent bien les formes d'équilibre, de résistance aux influences pathogènes et aux situations traumatisantes, et ceci est une nouvelle preuve de l'intérêt pratique de la caractérologie.

Des études diverses ont cherché des correspondances entre les types caractériels et les constitutions morbides. Joyeux, dans sa thèse (Bordeaux, 1949), s'y essaye sur le plan dialectique, mais une grosse documentation clinique nous paraît indispensable dans une pareille entreprise. R. Le Senne (cité par Mounier, p. 28) rapproche paranoïaques et E A S, pervers et nE nA P, mythomaniaques et E A P, cyclothymiques et E nA P. On peut admettre des *affinités*, des *prédispositions*, mais non — jusqu'à preuve du contraire — un déterminisme strict. Personnellement, nous avons vu, rappelons-le, des mythomaniaques E A S (dont la névrose exprime un besoin de domination affective), des paranoïaques (hyposthéniques) sur fond E nA S.

Problèmes cliniques

La psychiatrie d'avant-guerre nous a trop habitués à étudier les « maladies mentales » sur le plan des maladies infectieuses ou de telle autre affection « organique » (comme le cancer de l'estomac ou l'insuffisance mitrale). On cherchait « la » cause, les lésions, les signes permettant d'établir un pronostic et un traitement. Depuis que Bayle avait isolé la paralysie générale et qu'on avait ultérieurement découvert l'origine syphilitique et des traitements efficaces, on espérait pouvoir généraliser ce cas à toute la psychiatrie. Il en est résulté de belles études cliniques, mais aussi de multiples échecs dans les investigations étiologiques et les essais thérapeutiques. La non spécificité des méthodes efficaces récentes (convulsivothérapie, insulinothérapie, etc...) nous incite aussi à abandonner les cadres rigides de nos prédécesseurs, à les considérer soit comme de simples types, de simples repères commodes, soit comme des structures plus ou moins fortement organisées, mais sujettes cependant à de larges différences individuelles et susceptibles de se modifier dans une notable mesure.

Cette marge de variations est soumise à l'influence de facteurs dynamiques qui favorisent ou contrarient l'adaptation du sujet au milieu, suscitent des réactions de défense, conditionnent certaines attitudes, activent ou neutralisent des conflits, etc... Ce sont des facteurs du même ordre qui ont contribué à façonner la personnalité et, bien souvent, ce n'est qu'en fonction de sensibilisations anciennes qu'ils peuvent avoir une action importante.

Les « formes cliniques » de la débilité mentale. — La débilité mentale compte parmi ces cadres artificiels décrits comme « maladie ». Certes, il y a de nombreuses encéphalopathies, évolutives ou non, qui s'accompagnent d'un déficit intellectuel. Ce déficit ne doit pas être isolé artificiellement du contexte. Celui du myxœdème n'est pas le même que celui de la paralysie générale infantile ou du mongolisme. Il est illogique de décrire « *la* » débilité mentale et d'en énumérer les « causes » possibles : insuffisance thyroïdienne, syphilis, etc...

On ne songe pas à concevoir de la sorte les « sur-doués », pourquoi le ferait-on des « sous-doués » ? Il faut se contenter d'enregistrer cet aspect de la personnalité du sujet, de l'étudier par tous les moyens dont nous disposons (tests de niveau), tout comme nous ferions d'une obésité ou d'un nanisme.

Ainsi, au lieu de nous contenter de ce pseudo-diagnostic accompagné de la fausse précision de telles ou telles formes cliniques (débiles pondérés, débiles, vaniteux, débiles hypersthéniques...), qui ne met en relief qu'un détail entre bien d'autres tout aussi importants, — fort variables —, nous essaierons d'avoir du sujet une vue aussi complète que possible répondant aux désiderata exprimés plus haut. Sous cette réserve, nous accordons une grande valeur pratique à l'approche caractérologique et nous pensons que le binôme débile-apathique ou débile-amorphe ou débile-sentimental apporte déjà des précisions intéressantes qui s'intégreront plus utilement dans la synthèse, sans avoir la prétention de tout dire.

Conclusions

La psychiatrie — et tout particulièrement la psychiatrie infantile — ne saurait plus se contenter de cadres nosologiques simplistes, et c'est bien l'ensemble des données biologiques, psychologiques, sociologiques qui fournit les éléments de la synthèse d'où découlent le pronostic, la conduite thérapeutique, les conseils concernant le mode d'assistance et de rééducation — cette dernière, prise dans un sens très large, englobant à la fois le sujet et son entourage, aboutissant somme toute à un mode de réinsertion favorable dans la société.

Cet ensemble de données ne doit cependant pas se ramener à une énumération anarchique de constatations. Il comporte des structures dont il ne faut ni surestimer, ni sousestimer la solidité et la permanence, mais dont la connaissance permet une « approche » plus exacte de l'individu, qu'il s'agisse du plan *biologique* (un Basedow est une réalité à ne pas méconnaître dans un ensemble de signes bio-psychologiques), ou *psychologique* (un paranoïaque est au même titre que le Basedow une réalité cohérente). Nous insistons ici sur la structure *caractérologique* sous-jacente, elle-même relativement stable et dont la connaissance comporte des éléments importants pour la compréhension des réactions du sujet, ses possibilités d'amélioration, sa nocivité, ses besoins affectifs, etc... Elle contribue à fixer ce qu'on appelle les « formes cliniques » de l'anomalie mentale, — qui ne sont en réalité que l'incidence des autres facteurs —, bio-socio-psychologiques, sur l'anomalie considérée et isolée plus ou moins artificiellement. Nous avons insisté sur ce fait en ce qui concerne les débilités mentales ; il en serait de même des variétés

de paranoiaques et d'hyperémotifs, de choréiques ou d'épileptiques, de fugueurs ou de voleurs, etc...

Ces structures se combinent donc de diverses manières ; leur solidité et leur permanence varient en fonction de ces combinaisons, en fonction aussi des éléments héréditaires, ethniques et physiologiques par exemple, qui tendent à les stabiliser, et des éléments dits « dynamiques », qui tendent à les faire évoluer (l'âge et les processus de maturation, certaines détériorations toxi-infectieuses ou traumatiques, les systèmes complexuels étudiés par la psychanalyse, les conditions de vie sociale, etc...).

Tous ces éléments doivent être connus du pédo-psychiatre travaillant au sein de l'équipe classique où doivent collaborer d'autres médecins appartenant à d'autres disciplines, des psychologues avertis, des pédagogues spécialisés, des assistantes sociales également spécialisées ; lui seul, bien souvent, peut juger de la valeur respective de ces données multiples, à condition bien entendu d'avoir lui-même une formation polyvalente et une expérience suffisante.

Ce rôle, il devra le conserver tout au long de l'existence de nombreux sujets, exposés à des formes multiples de désadaptation. D'où la nécessité, pour l'intéressé lui-même, de savoir ce que le psychiatre peut pour lui, de le connaître en tant que médecin, de se sentir en confiance dans une atmosphère médicale qu'on peut fort bien ne pas rendre rébarbative : ceci pour répondre aux tendances — utiles sans doute en certains cas et à certains moments — qui incitent le psychiatre à dissimuler sa qualité, à renoncer à tout examen physique personnel, à ne pas prescrire lui-même des médicaments, etc... Cette attitude, qui tend à prévaloir dans les pays anglo-saxons, nuit gravement, pensons-nous, à la connaissance totale du sujet, à la continuité du traitement ; ces mêmes pays, d'ailleurs, ont su parfaitement créer des centres de rééducation (par exemple le Emma Pendleton Bradley Home à Providence, Rhode-Island), qui concilient parfaitement l'atmosphère familiale souhaitable et une observation médicale très poussée.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 27 juin 1955

Présidence : M. J. BONHOMME, vice-président

COMMUNICATIONS

A propos de quelques observations, hypothèses étiologiques des psychoses, par M. P. Lôo, Mlle G. Eloy et M. J.-P. Duflot.

Observation 1. — Andrée Ch..., âgée de 32 ans. A présenté fin 1949 un premier syndrome dépressif asthénique avec obsessions, amélioré par une série de 15 électro-chocs. Une rechute, deux mois plus tard, est guérie par 7 électro-chocs et thérapeutique soufrée.

Quatre ans plus tard, en juin 1954, elle présente à nouveau un état dépressif atypique grave traité en maison de santé par chocs insuliniques, électronarcose, cure de sommeil : résultat passager, puisque la malade rechute en octobre 1954 avec anxiété, idées d'indignité, auto-accusation, désespoir...

A retenir de ses antécédents une réaction *méningée* au cours d'une pneumonie à l'âge de 8 ans, avec légère surdité consécutive. Alternances de somnolence irrésistible et d'insomnie. Céphalées région pariéto-frontale gauche.

Lors de la dernière rechute, nous constatons une légère asymétrie faciale avec ptosis gauche transitoire ; vitesse de sédimentation à 16-39.

On pense à un processus encéphalitique conditionnant cet état dépressif.

Traitement par antibiotiques (pénicilline, terramycine), qui améliorent l'état mental. Mais il persiste des troubles, qui incitent à entreprendre une courte cure de Sakel de 15 comas, suivie d'une nouvelle cure antibiotique, et la malade sort guérie en février 1955.

Revue en avril, est très bien, et désire reprendre son travail.

Observation 2. — Monique Ch..., 18 ans, entrée le 17 novembre 1954.

Certificat d'admission, hôpital Sainte-Anne, Paris, le 19 juin 1954. — Hébéphrénie. Propos incohérents. Rires immotivés. Manifestations puériles.

Indifférence. Sortie hier soir d'une clinique de Chalon-sur-Saône, où elle est restée quatre mois, à la suite d'un accès d'agitation délirante intense, suivie d'une phase catatonique. A été traitée par électro-chocs. Urgence médicale.

L'état de cette malade nécessite son internement dans un établissement spécial, sous le régime de la loi du 30 juin 1838. (*Signé :* Dr Carrette).

Certificat immédiat, Sainte-Anne, le 22 juin 1954. — Hébéphrénie probable. Indifférence. Inertie. Attitude passive. Réponses approximatives collant au détail. Notion d'un épisode délirant récent traité en maison de santé de province. (*Signé :* Dr G. Daumézon).

Certificat de Vaucluse pour transfert, le 26 août 1954. — Présente un syndrome hébéphrénique avec aspect et propos puérils. Apragmatisme. Conscience relative de l'état morbide. Allégation de troubles mnésiques. Déjà placée à La Charité, puis dans une clinique privée, pour épisodes d'excitation. Peut être transférée dans son département d'origine accompagnée de deux infirmières. (*Signé :* Dr E. Cullerre).

Certificat de transfert, le 22 septembre 1954. — Présente un syndrome hébéphrénique avec aspect et propos puérils, apragmatisme, conscience relative de l'état morbide, allégation de troubles mnésiques. Déjà placée à La Charité, puis dans une clinique privée, pour épisodes d'excitation. Peut être transférée dans son département d'origine, accompagnée de deux infirmières. (*Signé :* Dr J. Tusques).

A l'entrée, quelques troubles amnésiques allégués.

Examen neurologique. — Légère hypertonie accentuée par les mouvements du côté opposé. Réflexes très vifs. Léger strabisme. Secousses nystagmiformes dans le regard latéral à droite.

Radiographie du crâne. — Impressions digitiformes. Epaississement notable de la région pariétale droite, confirmé par un deuxième cliché un mois après afin d'éliminer un éventuel artéfax.

Ponction lombaire normale.

Antécédents. — « Méningite » à 15 mois. Placée au centre médico-pédagogique Edouard-Seguin à La Charité (en février 1951 ; sortie en septembre 1951 ; niveau mental « suffisant » au Binet et Simon) pour raisons sociales et familiales.

Placée en 1954 à Chalon-sur-Saône où, nous a écrit le Dr Vercier, elle était confuse et catatonique, en février 1954.

Traitée par antibiotiques : pénicilline, auréomycine, sanclomycine, extencilline.

Revue à deux reprises pour traitement anti-infectieux. Parfaitement adaptée ; projets raisonnables ; affectivité normale ; aucun indice suspect.

Observation 3. — Jacqueline H..., 30 ans, sténo-dactylo. Entre dans le service le 18 février 1955 pour un syndrome schizophrénique : sentiments d'étrangeté, ambivalence, syndrome d'influence, tendances impulsives, idées mélancoliques, asthénie, anorexie, avec un état physique assez précaire.

Premiers troubles datent de février 1951.

Antécédents. — *Varicelle* à 20 ans, et infection pulmonaire aiguë non tuberculeuse en 1950.

Actuellement, image thoracique normale. Examen physique : montre seulement des réflexes rotuliens vifs et diffusés.

On commence immédiatement un traitement antibiotique par pénicilline et terramycine pendant douze jours, au terme duquel la malade est très améliorée : gaie, active dans le service, prise de poids (2 kg. 500).

Mais cette amélioration n'est que transitoire, et l'on doit entreprendre la cure de Sakel. Après 24 comas, la malade est très bien.

Sortie le 22 juin, après une nouvelle cure antibiotique.

Observation 4. — Nicole B..., 16 ans (Dr Certhoux). — Une de nos malades présentant une anorexie mentale avec hallucinations auditives, perturbation affective, rationalisme morbide, fut traitée en maison de santé par cure de Sakel sans résultat ; une deuxième cure fut entreprise après traitement par antibiotiques, dont le résultat fut excellent, et permit la sortie il y a six mois environ.

A une récente visite de cette malade au médecin qui la traita, elle précisa spontanément que la cure par antibiotiques lui avait paru la plus bienfaisante et donné l'impression de lui « dégager la tête ».

Ces quatre observations récentes sont comme les échantillons d'une série, illustrant une hypothèse née depuis longtemps dans notre esprit (1) ; elles sont aujourd'hui un prétexte à l'exposer.

Des arguments historiques, cliniques, thérapeutiques, nous incitent à penser que les psychoses : certainement quelques-unes, sans doute beaucoup, peut-être toutes, ont un fondement organique, le plus souvent infectieux.

Arguments historiques. — De nombreux auteurs ont épisodiquement invoqué certaines étiologies infectieuses : Claude la tuberculose, notre maître Perrens la syphilis, Baruk la colibacillose, et récemment, devant cette Société, Leyritz et Wicker, présentaient trois cas de psychoses discordantes traitées et guéries par la streptomycine. Plus récemment encore, des phtisiologues évoquaient les « états encéphalitiques au cours des tuberculoses chroniques » (2).

Dans une perspective également scotomisée, nous avons envisagé l'encéphalite von E. Cruchet, habitant une région à cet égard privilégiée, où certains Parkinsons n'eurent d'autres traitements que l'électro-choc, parce que le prélude psychique en imposa pour une schizophrénie.

L'interne d'un de nos collègues rassemble d'ailleurs, en vue d'une thèse, ces formes psychiatriques diverses : dépressives, hypocondriaques, schizophréniques, comitiales, aussi fréquentes que les classiques manifestations confuso-oniriques.

Divers auteurs ont, au cours de psychoses, identifié les manifes-

(1) J. Perrin, P. Lôo et J. Breton (de La Charité-sur-Loire). — A propos des altérations cérébrales constatées à l'occasion de la psycho-chirurgie. Perspectives sur les variétés et les mécanismes étiologiques des psychoses. *Annales médico-psychologiques de France*, n° 5, 1er numéro de mars 1953.

(2) Dr Perche. — Sur les états encéphalitiques au cours de la tuberculose pulmonaire chronique. *Société de médecine du Centre* à Montluçon, 19 juin 1955.

tations neurologiques d'une encéphalite, mais celle-ci est interprétée comme un élément concomitant et de gravité, non comme une étiologie, et le traitement anti-infectieux n'est même pas envisagé (1).

Arguments cliniques. — Ces manifestations neurologiques trahissent le processus infectieux ; elles sont fréquentes dans les psychoses.

Souvent, elles sont fugaces, parfois investies dans un ensemble psychique plus tapageur, elles peuvent passer inaperçues, mais encore faut-il les rechercher ! Un ptosis peut être intermittent, une diplopie passagère peut n'être pas mentionnée.

Une enquête minutieuse et systématique est souvent révélatrice et les antécédents « méningite », somnolence, souvent évocateurs.

L'examen neurologique sommaire, avec le traditionnel marteau à réflexes, est insuffisant ; il devra s'orienter en outre, de l'examen oculaire, vers la recherche des altérations du tonus.

M. André-Thomas nous montrait récemment, chez une déprimée, une hémi-hyperextensibilité nette et nous disait avoir depuis longtemps remarqué une asymétrie du tonus musculaire chez les hypocondriaques, les schizophrènes, les traumatisés craniens, asymétrie apparaissant tout le long de l'axe corporel et même dans la flexion et rotation de la tête, et qui disparaît quand l'état s'améliore.

Il y a quelques années, on évoquait devant cette Société les altérations fréquentes du liquide céphalo-rachidien chez les mélancoliques... Cet élément est loin d'être constant, mais est-ce une preuve indispensable ?

Combien de scléroses en plaques ont un liquide céphalo-rachidien normal.

Nous avons vu évoluer diverses encéphalites sans altération du liquide, dont une, malgré quatre ponctions lombaires négatives, réalise aujourd'hui un Parkinson.

Nous ne savons rien des conditions d'extension de la perturbation du liquide céphalique au liquide céphalo-rachidien. La différence entre ceux-ci montre que l'atteinte encéphalitique n'a pas un retentissement constant, immédiat et direct sur le liquide céphalo-rachidien.

D'autres faits nous ont frappés : les interventions de psycho-chirurgie montrant le plus souvent des méningites séreuses, des méninges inertes et parfois, d'après notre neuro-chirurgien, une altération du cortex du type encéphalitique (1).

Arguments thérapeutiques. — En fonction de tant de faits, conscients de la précarité de nos moyens d'investigation biologique, nous avons admis l'éventualité d'une étiologie infectieuse. Dans toute psychose résistant aux traitements classiques d'abord, à celles ayant un aspect atypique, ensuite, enfin aux schizophrénies et en fin de

(1) J. Alliez, M. Dongier et Ray. Pujol. — Erotomanie à fixation médicale. Manifestation initiale d'une schizophrénie à évolution favorable. Précession encéphalitique. *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française*, Pau, 20-26 juillet 1953.

compte, de façon presque systématique, nous avons associé un traitement anti-infectieux intense (antibiotiques).

Les résultats en sont des plus encourageants, les échecs sont extrêmement rares.

De plus, la psychose intermittente nous semble moins intermittente, et d'ailleurs une encéphalite non traitée, ou insuffisamment traitée, n'est-elle pas intermittente, reparaissant après une période de dix, vingt, trente ans !

Nous avons remarqué, dans le passé, de fréquentes psychoses dépressives après une atteinte grippale ; elles nous paraissent beaucoup plus rares depuis que les médecins utilisent les antibiotiques.

Conclusion. — Si d'aucuns, parfois, dans quelques cas particuliers, admettent l'étiologie infectieuse, notre propos est d'insister sur sa fréquence, mais aussi d'exprimer notre conviction d'une relation de cause à effet à l'encontre de ceux qui n'y voient qu'une coexistence fortuite.

Mais nous devons également nous garder de scotomiser et concevoir l'encéphalite dans un sens large d'intoxication ou d'infection agissant par ses agents, ses anticorps ou ses toxines.

Pourquoi le cerveau ne serait-il pas sensible aux diverses infections et pourquoi ne concevoir la réaction cérébrale que sous l'aspect neurologique ?

Enfin, nous pensons élargir notre conception à l'épilepsie, dite essentielle, dont le champ se restreint chaque jour, comme nous pensons voir se restreindre demain celui des psychoses dites constitutionnelles.

Discussion

M. H. Baruk. — Il faut féliciter M. P. Lôo de revenir sur les traitements étiologiques en psychiatrie et spécialement sur le rôle des toxi-infections, rôle qui a été établi par tant de travaux dans la psychiatrie française, depuis Régis, Toulouse, et en particulier par les beaux travaux de M. L. Marchand et de Courtois sur les psycho-encéphalites, terme qui mérite d'être retenu, car il est très expressif. On revient ainsi à la psychiatrie, faisant corps avec la médecine, tendance à laquelle nous tenons tous, et qui tient tant à cœur notamment à M. Leconte.

En ce qui concerne les toxi-infections, il est utile de préciser le rôle de chaque toxi-infection par la clinique et l'expérimentation. Rappelons à ce sujet les apports de la catatonie expérimentale chez les animaux, qui nous a permis de démontrer et de mettre en évidence objectivement les psycho-encéphalites colibacillaires, et biliaires (ces dernières avec Camus). Notons que, dans tous ces cas, comme nous y avons insisté, ce sont les *toxines* et non les microbes qui sont les agents déterminants des troubles mentaux.

En ce qui concerne la tuberculose, nous avons décrit pour la première fois, avec Bidermann et Albane, les encéphalites allergiques et les psychoses tuberculeuses allergiques. Nous avons même pu reproduire, avec Ivan Bertrand, une méningo-encéphalite allergique à forme catatonique chez l'animal, par injection de liquide céphalo-rachidien de dément précoce chez des animaux allergisés, alors que la même injection ne donnait rien chez des animaux non allergiques. Ces travaux ont été longuement rappelés et évoqués par le professeur Poursines au congrès de Besançon.

Actuellement, depuis plusieurs années, nous poursuivons avec Bidermann, Launay et Roland, à la Maison nationale de Charenton, de nouvelles recherches sur le rôle de l'allergie dans les psychoses, et en appliquant la nouvelle méthode des auteurs brésiliens d'atténuation de l'allergie, nous avons tenté de nouveaux essais thérapeutiques dans ce sens, qui feront l'objet de prochaines publications.

M. L. Marchand. — Les observations cliniques et les remarques thérapeutiques de M. P. Lôo sont bien intéressantes. Elles rappellent, du point de vue syndromique, celles que j'ai présentées ici-même (1) et celles qu'avec mon regretté élève Courtois nous avons décrites il y a plus de vingt ans sous le terme d'encéphalites psychosiques (2). Comme dans sa communication, M. Lôo a laissé de côté les considérations anatomo-pathologiques, en ne se basant que sur la clinique et le traitement pour envisager la question des psychoses guéries par les antibiotiques, je peux compléter ses arguments en rappelant les lésions inflammatoires décrites dans les chapitres des encéphalites psychosiques subaiguës et des encéphalites psychosiques chroniques de notre livre. M. Lôo pourra y trouver toutes les formes qu'il vient de nous exposer, celles qui sont apparues chez des poliomyélitiques, les formes intermittentes ; le diagnostic avec l'encéphalite épidémique y est envisagé. Nous écrivions : « Il existe des encéphalites qui ne se traduisent que par des troubles mentaux ; ces encéphalites peuvent présenter une évolution aiguë, subaiguë ou chronique. » Nous avons indiqué le rôle joué par les infections et les intoxications, réaction pathologique de l'encéphale sous l'influence de conditions biologiques et étiologiques les plus diverses. Nous avons même fait intervenir dans la pathogénie les phénomènes allergiques, thèse si chère à M. P. Sivadon. A cette époque déjà lointaine, c'est surtout la méthode anatomo-clinique qui nous avait permis de démontrer l'organicité de syndromes mentaux, considérés encore comme des psychoses à lésions inconnues. Notre arsenal thérapeutique était alors bien restreint ; cependant, nous étions persuadés que certaines de ces psychoses encéphalitiques pouvaient guérir par le seul jeu de la nature. La communication de M. Lôo montre qu'elles peuvent être traitées avec succès par les antibiotiques ; c'est là une méthode thérapeutique dont l'importance mérite d'être signalée.

M. P. Sivadon. — Cette très intéressante communication, ainsi que les commentaires de MM. H. Baruk et L. Marchand, nous rappellent très justement la fréquence avec laquelle on retrouve, si on la cherche avec soin, la notion d'épisode infectieux dans la période qui précède l'éclosion des troubles mentaux. Qu'il s'agisse de tuberculose, de maladies infectieuses neurotropes, d'encéphalopathies diverses, c'est un fait que bien des cliniciens ont déjà noté. Mais je crains qu'on ne se laisse entraîner hâtivement à la conclusion que le trouble mental est directement lié au processus infectieux.

En réalité, l'expérience montre que, dans les mois ou les années qui précèdent le trouble mental, si on rencontre parfois un état infectieux, on rencontre aussi des traumatismes cérébraux, des suppurations craniennes (mastoïdites, sinusites, etc...), ou encore des affections rhumatismales ou allergiques.

Pour ma part, j'ai déjà indiqué ici, et j'y insiste plus longuement dans un travail qui va paraître dans l'*Evolution psychiatrique*, qu'à mon avis le trouble mental est le plus souvent lié à un processus cérébral allergique, conséquence de la sensibilisation du système nerveux par une atteinte, soit infectieuse, soit traumatique, sensibilisation qui peut être également due à un état diathésique.

(1) La démence précoce symptomatique d'encéphalite. *Société médico-psychologique*, 26 mai 1930.

(2) *Les encéphalites psychosiques (31 photomicros)*. Le François Ed., 1935.

Les faits se déroulent habituellement comme suit : un choc émotionnel ou une situation traumatisante sont vécus à un moment où le cerveau est sensibilisé. Après un délai de quelques mois à quelques années (deux ans en moyenne), une émotion de rappel déclenche les troubles.

La sensibilisation a pu être produite par un état infectieux, par une attrition cérébrale, par une suppuration paracérébrale, ou même par un stress émotionnel violent. Elle se manifestera par une intolérance aux situations les plus banales (le sujet « n'est plus le même », il ne « supporte plus rien », il réagit parfois par l'hypersomnie ou l'alcoolisation) jusqu'à ce qu'après un délai allant de plusieurs mois à plusieurs années, un événement minime précipite l'apparition des troubles véritablement pathologiques. Divers arguments, que j'ai développés ailleurs, permettent de supposer que le processus en cause est toujours le même, qu'il s'agisse d'une sensibilisation post-infectieuse, post-traumatique ou post-émotionnelle. C'est, selon toute vraisemblance, un processus allergique. Tout fait penser qu'il existe, entre l'infection (ou toute autre cause) et le trouble mental, un processus commun non spécifique. Ce processus se manifeste par une période plus ou moins longue de phénomènes d'intolérance (troubles caractériels, céphalées, asthénie, etc...) avant de se traduire par un blocage fonctionnel qui entraîne une régression à un niveau fonctionnel inférieur. On peut évidemment discuter le mot d'allergie. Il n'en reste pas moins que tout se passe, en clinique, comme si un processus analogue à l'allergie était en cause. Il s'agit à tout le moins de phénomènes de sensibilisation cérébrale. Et si M. P. Lôo nous a fort justement rappelé la fréquence des infections neurotropes à l'origine des troubles mentaux, il nous paraît important de souligner qu'elles ne sont pathogènes, sur le plan mental, qu'à la faveur d'un processus aspécifique de sensibilisation.

Étude électro-encéphalographique du sommeil des schizophrènes hébéphréno-catatoniques. Comparaison avec le tracé de repos et l'activation cardiazolique, par MM. R. Lafon, P. Passouant et J. Minvielle (de Montpellier).

La schizophrénie a fait l'objet d'études électro-encéphalographiques déjà nombreuses, mais leurs résultats sont encore peu significatifs. Cette imprécision tient surtout au caractère limité des examens électro-encéphalographiques entrepris ; aussi avons-nous jugé utile de rapporter dès maintenant les constatations faites dans un groupe à vrai dire restreint de malades, mais qui a l'avantage d'être très homogène et d'avoir été étudié par un faisceau d'épreuves électro-encéphalographiques, puisque l'on a obtenu successivement pour chaque malade un tracé de repos et des tracés en cours d'hyperpnée, d'activation cardiazolique et de sommeil.

Données cliniques. — Ce travail se réfère à 14 malades. L'âge oscillait de 21 à 52 ans, 9 d'entre eux ayant de 21 à 32 ans. Il s'agit presque exclusivement d'hommes, 13 sur 14. La maladie était toujours très ancienne par rapport à notre examen, puisque deux ans au minimum nous séparent du premier internement ou d'un traitement par électro-chocs. Chez dix malades, ce laps de temps oscillait de 2 à

8 ans et atteignait 24 et 25 ans chez deux autres ; encore ne faisons-nous pas état de la date à laquelle sont apparus les premiers symptômes de la maladie. Pour tous ces sujets, ont été pratiqués un examen psychiatrique, une enquête médico-sociale et un bilan biologique.

Le tableau mental était à base d'hébéphrénie chez nos quatorze malades. Un état catatonique ancien ou à rechutes fréquentes et prolongées lui était associé chez six d'entre eux. Trois étaient en outre des oligophrènes constitutionnels. Nous n'entreprendrons pas la des-

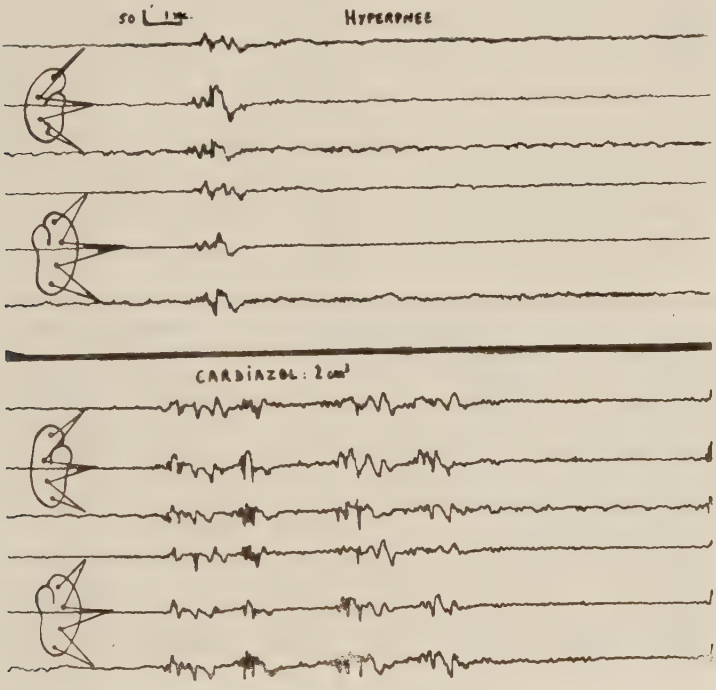


FIG. 1

cription de ces malades, piliers de cours de pavillons psychiatriques, opposant à tout interrogatoire un mutisme quasi-complet, remarquables par leurs mimiques parasites et la stéréotypie des gestes et parfois de la parole. Il est intéressant de souligner la fréquence, chez dix d'entre eux, d'impulsions violentes et d'actes agressifs qui étaient allés, pour trois malades, jusqu'à des tentatives d'homicide sur des membres de leur famille ou de leur entourage. Enfin, l'un présentait des crises convulsives généralisées à raison d'une par mois environ, apparues plus de six ans après le début de la schizophrénie ; ce malade n'avait aucun antécédent personnel ou familial de convulsions.

Une encéphalographie gazeuse a été pratiquée chez neuf malades,

avec cinq résultats anormaux correspondant à une dilatation ventriculaire modérée, portant surtout sur le III[e] ventricule (trois cas). La plupart de ces schizophrènes avaient été traités initialement par électro-chocs, deux par cure de Sakel, un par leucotomie frontale. Mais deux ans au minimum nous séparaient d'un traitement actif lorsque nous avons entrepris l'étude électro-encéphalographique.

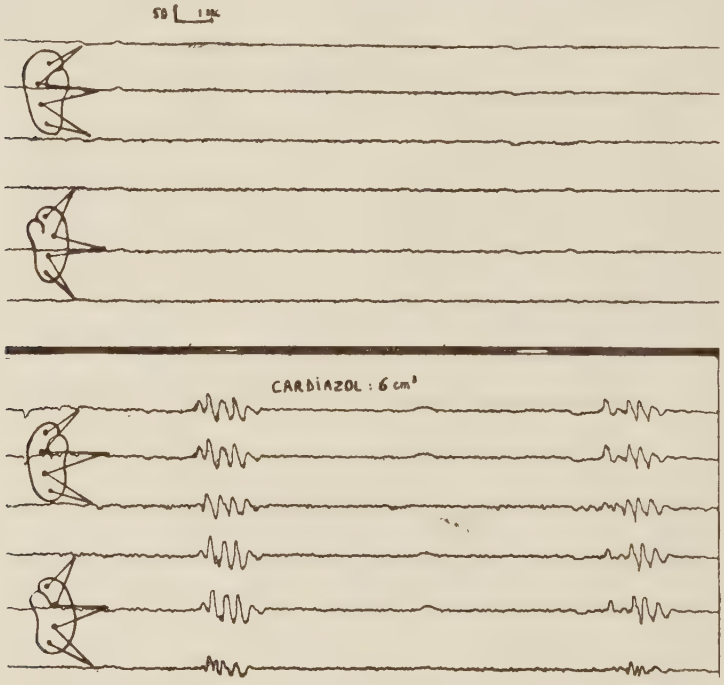


FIG. 2

En définitive, nos quatorze malades forment un groupe homogène de schizophrènes très chroniques et sans traitement depuis plusieurs années, de type hébéphrénique avec ou sans catatonie. Dix étaient particulièrement impulsifs.

DONNÉES ÉLECTRO-ENCÉPHALOGRAPHIQUES

I. Tracé de repos : Chez cinq malades, le tracé est normal, avec rythmes de 10 à 12 cycles/seconde, dans les deux régions pariéto-occipitales, disparaissant à l'ouverture des yeux.

Parmi les neuf autres, on note chez sept une activité de bas voltage avec intrication de rythmes alpha et rapide, de 15 à 20 c./s. Chez les deux derniers, le rythme alpha est diphasique, à pointes positives, et

associé à des ondes thêta. Enfin, l'un de ces malades (sujet à des crises comitiales), présente des décharges bilatérales synchrones de polypointes-ondes.

II. Tracé d'hyperpnée : Trop souvent, l'hyperpnée n'a pu être exécutée, elle a toujours été insuffisante. Dans ces cas, elle a déterminé une augmentation d'amplitude des rythmes électriques.

III. Activation cardiazolique : La technique utilisée a consisté en injection intraveineuse lente de 10 cm³ de cardiazol à 5 %, à raison

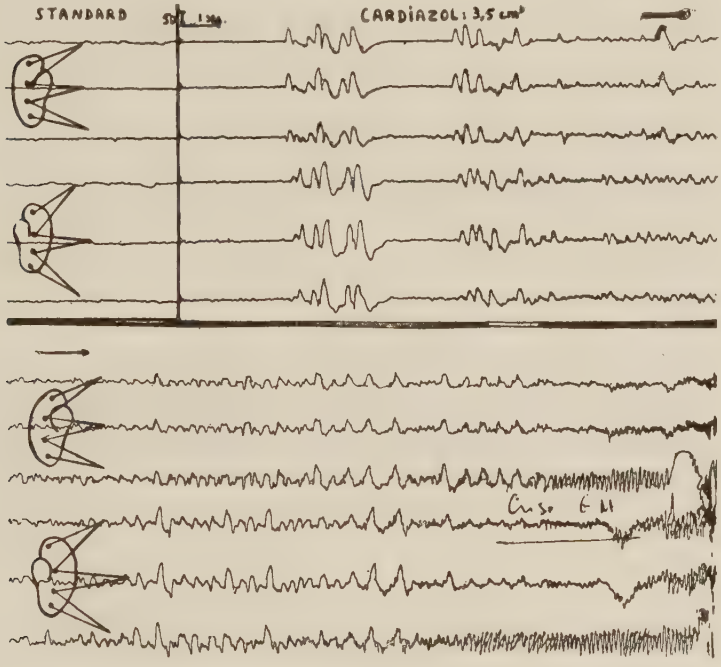


FIG. 3

d'un demi-centimètre cube toutes les vingt secondes. Nous n'avons pas associé de stimulation lumineuse intermittente.

Dans trois cas, le tracé n'a pas été modifié et, dans deux autres, on a noté simplement un léger survoltage. Par contre, dans les neuf cas restants, le tracé a été nettement sensibilisé.

La réaction de sensibilisation consiste essentiellement en décharges bilatérales synchrones de polypointes-ondes accompagnées de clonies des membres ; elles se répètent périodiquement, même plusieurs minutes après la fin de l'injection de cardiazol ; le rythme de base est ralenti ou inchangé (cinq observations). La morphologie des décharges ne diffère pas d'un sujet épileptique (fig. 1) à un non-épilep-

tique (fig. 2) et chez ce dernier peut aboutir à une crise généralisée (fig. 3).

A côté de ces réactions majeures, on en observe d'autres, caractérisées par une hyper-synchronie lente, thêta et delta, survoltée, qui prédomine dans les régions frontales et peut s'organiser en bouffées bilatérales synchrones (quatre observations). Ce type de sensibilisation s'associe parfois à la réponse myoclonique.

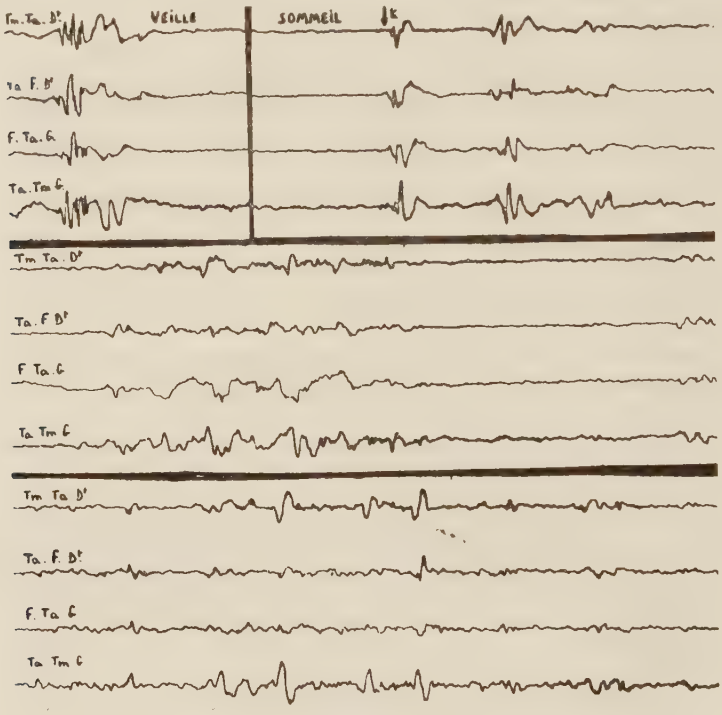


Fig. 4

Dans l'ensemble, la proportion de schizophrènes dont le tracé a été activé par le cardiazol est forte (neuf sur quatorze). Elle est supérieure aux groupes-témoins de sujets normaux et de schizophrènes paranoïdes. De plus, elle apparaît pour des doses faibles de cardiazol. L'activation se traduit par une hyper-synchronie neuronique aboutissant, dans plus d'un tiers des cas, à des décharges myocloniques rythmiques.

IV. Enregistrement en cours de sommeil : Le sommeil est induit par injection sous-cutanée d'un centimètre cube et demi de « nargénol » (association des campho-sulfonates de dihydroxycodéinome, de scopolamine, d'éphédrine et de spartéine). L'enregistrement électro-encé-

phalographique est de longue durée (deux à trois heures), avec inscription de l'endormissement, du sommeil à ses différents stades et du réveil. Les tracés obtenus sont extrêmement riches et nous n'en retiendrons ici que trois aspects : la rythmicité des ondes lentes, leur localisation de choix et leur morphologie.

1) *Rythmicité des ondes lentes du sommeil.* — La rythmicité est l'élément dominant dans le tracé de sommeil de presque tous ces malades (12 sur 14).

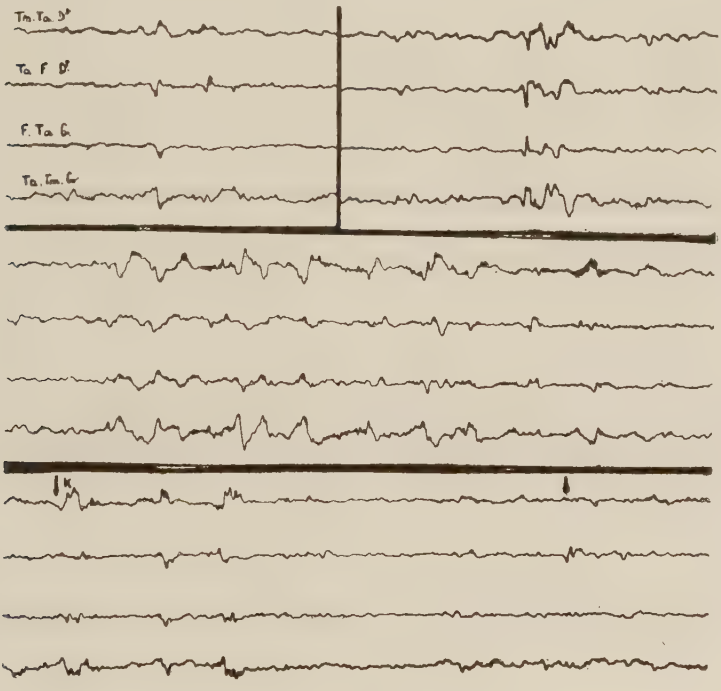


Fig. 5

Elle apparaît dès l'endormissement et devient maxima dans le sommeil d'intensité moyenne. Elle se manifeste par la répétition, à faibles intervalles, des mêmes grapho-éléments. Ces grapho-éléments sont de forme diverse, le plus souvent ondes delta ou thêta, survoltées, à pente raide, encochées de pointes et de rythmes rapides ; ils s'inscrivent synchroniquement sur les mêmes dérivations des deux hémisphères. Leur morphologie est normale, seule est inhabituelle leur tendance répétitive très accusée.

L'intervalle séparant les ondes lentes rythmiques est variable et l'on peut en décrire schématiquement trois modalités : la première est une expression très soutenue réalisant un train d'ondes lentes

ininterrompu, à raison d'une par seconde pendant trois à cinq secondes (fig. 6). La deuxième modalité correspond à une activité lente moins rythmique mais de plus longue durée, pouvant atteindre dix secondes et davantage ; le rythme de base est polymorphe entre les bouffées (fig. 5). Enfin, la dernière modalité, la plus pure, n'est pas constituée par des trains d'ondes, mais par des ondes lentes diphasiques franchement séparées les unes des autres (fig. 4), donnant des aspects typiques de recrutement et d'épuisement.

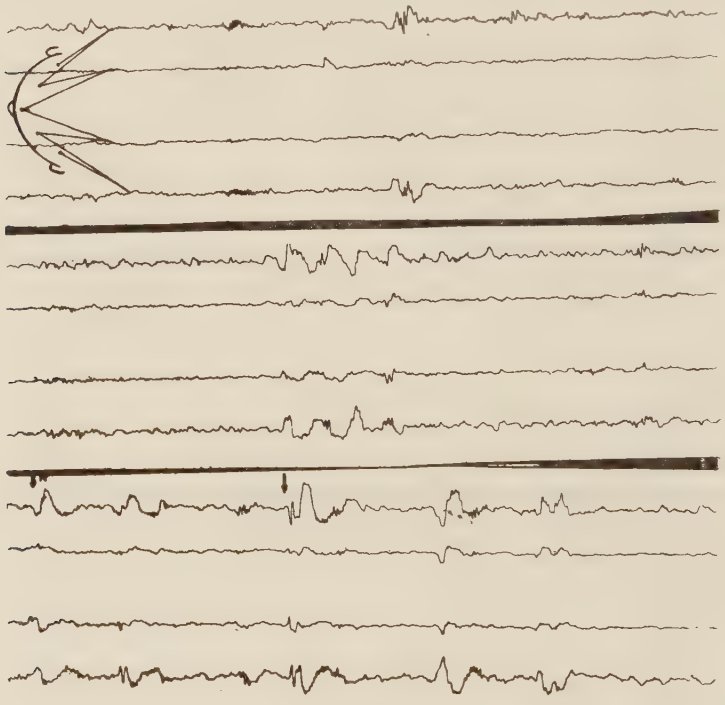


FIG. 6

Cette rythmicité est spontanée et auto-entretenue, mais elle est très nettement facilitée par la stimulation auditive intermittente. Les complexes K sont obtenus à chaque « clic », même à très peu de distance (fig. 6 et 7) : en outre, la réponse n'est pas isolée, mais répétitive. Deux types de réponse à la stimulation auditive doivent être soulignés : d'une part, la réponse dite d'entraînement (P. Passouant), où un complexe K est suivi de deux et trois bouffées synchrones identiques (fig. 4, 5 et 6) ; d'autre part, l'inscription de longues post-décharges rythmiques toujours assez localisées.

2) *Zones de projection élective.* — La rythmicité du sommeil des schizophrènes s'exprime très électivement dans les régions temporales, sur la ligne médiane et dans les dérivations frontales.

La majoration temporale est la plus fréquente, puisqu'elle est très nette chez dix malades (fig. 4, 5 et 6), et relative chez deux autres. La localisation sur la ligne médiane (enregistrement bipolaire longitudinal), a été notée dans neuf tracés (fig. 7) et de manière relative dans un autre. Enfin, les régions frontales : trois localisations nettes et deux relatives. Bien entendu, chez un même malade, la projection temporale et inter-hémisphérique, par exemple, peuvent s'associer.

L'inscription des ondes lentes n'est pas toujours symétrique. Chez trois malades, une asymétrie nette a été observée entre les deux

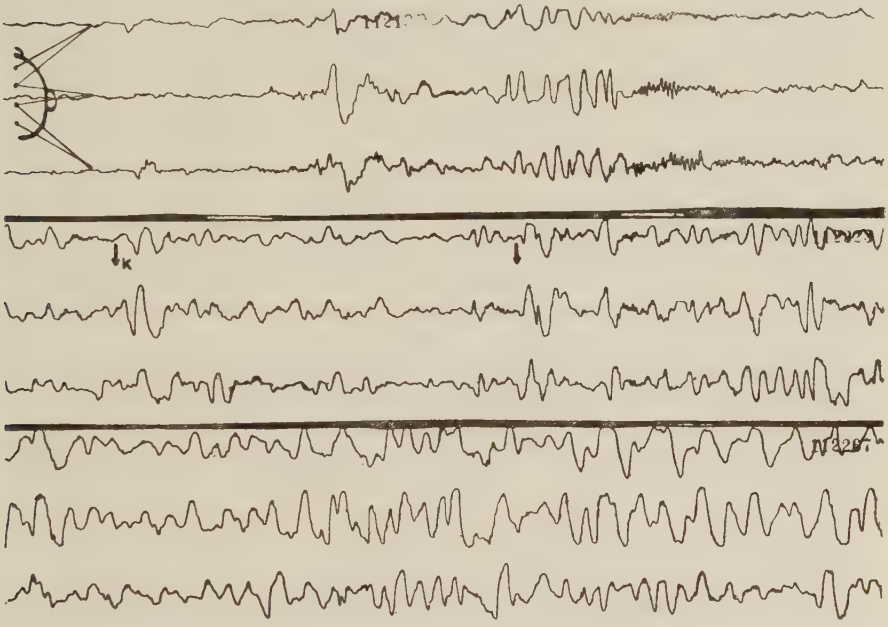


Fig. 7

régions temporales. Chez trois autres, on note une dissociation de l'activité du sommeil, soit entre les deux hémisphères, soit entre la ligne médiane ou les régions frontales, et l'ensemble des dérivations (enregistrement avec 15 dérivations simultanées). Les clichés d'encéphalographies gazeuses n'expliquent pas cette asymétrie ou dissociation.

3) *Morphologie.* — La morphologie des tracés d'endormissement et de sommeil est très variable d'un malade à l'autre. Un point particulier a retenu notre attention : nous avons été frappés par l'inscription fréquente de pointes dans les dérivations temporales, spécialement chez quatre malades. L'un d'eux présentait des crises convulsives depuis plusieurs années et les complexes K enregistrés sont nettement épileptiques (fig. 4). Cependant, trois autres malades, qui

n'avaient jamais été suspectés d'épilepsie, ont une activité temporale pointue très proche de la sienne (fig. 5 et 6).

En résumé, l'enregistrement du sommeil des hébéphréno-catatoniques nous a révélé une rythmicité très marquée, tant spontanée que provoquée par stimulation auditive, se projetant électivement dans les régions temporales et sur la ligne médiane ; enfin, la présence de nombreuses pointes à inscription bitemporale.

Commentaires. — Dès que la technique électro-encéphalographique a été appliquée à l'étude des maladies mentales, on s'est aperçu qu'il n'existait pas d'anomalie électrique spécifique de la schizophrénie et que l'on y rencontrait seulement des anomalies mineures. Les associations épilepsie-schizophrénie étaient écartées à juste titre par la plupart des auteurs, ces observations ne pouvant engendrer que la confusion ; on admet aujourd'hui que les dysrythmies franchement épileptiques enregistrées chez ces malades dépendent uniquement de l'élément comitial. Tout au plus peut-on signaler l'intéressante constatation de Hill, qui découvre chez les schizophrènes exempts de crises une activité de pointes, dans les régions temporales. Mais il s'agit là d'observations peu fréquentes ; c'est dire tout l'intérêt de l'activation par le cardiazol ou le sommeil, qui ont le mérite d'interroger les structures sous-corticales.

Les perturbations sous-corticales des schizophrènes ont tout d'abord été révélées à l'électro-encéphalogramme par l'*activation cardiazolique.* Il est généralement reconnu que le seuil myoclonique est nettement abaissé chez les schizophrènes catatoniques, ainsi que chez les épileptiques idiopathiques, par rapport aux sujets normaux et aux autres types de schizophrènes. Notre travail apporte sur ce point une nouvelle confirmation, puisque nous pouvons conclure à une facilitation de décharges myocloniques rythmiques. Or, le rôle des structures « centrencéphaliques », et plus précisément *diencéphaliques,* paraît important dans la réaction myoclonique, au cardiazol.

L'étude des tracés de sommeil est également en faveur d'un dysfonctionnement diencéphalique dans nos cas de schizophrénie. L'extrême sensibilité à des messages sensoriels auditifs que nous avons constatée réflète probablement un état d'hyper-excitabilité thalamique. De plus, certains de nos tracés comportent les mêmes types de décharges rythmiques bilatérales synchrones, que les tracés de petit mal, en cours de sommeil : les ondes lentes diphasiques ont la même morphologie et la même rythmicité.

Enfin, Spiegel et Wycis, grâce à des enregistrements par électrodes intra-thalamiques chez l'homme, ont démontré la présence de pointes, non seulement chez les épileptiques, mais aussi chez les schizophrènes. Dans le cas des schizophrènes, ils pensent que les pointes sont la conséquence du traitement par électro-chocs, même si celui-ci remonte à plusieurs mois. La relation avec l'acte thérapeutique est

toutefois incertaine ; et nous serions plutôt enclins à l'écarter (comme nous allons le voir, Heath, trouve une activité spontanée de pointes dans le rhinencéphale des schizophrènes). Tous ces faits suggèrent l'existence d'un dérèglement thalamique dans la schizophrénie hébéphréno-catatonique.

D'autres structures sous-corticales interviennent sans doute, notamment le *rhinencéphale*. Les formations rhinencéphaliques, parmi lesquelles la corne d'Ammon, ont un seuil d'excitation très bas, et répondent rythmiquement en longues post-décharges aux divers stimuli. Cette réactivité très importante a été constatée chez l'animal, puis chez l'homme, épileptique et non épileptique (Passouant, Gros, Cadilhac et Vlahovitch). Chez les schizophrènes, des études neuro-physiologiques ont été entreprises par Heath et collaborateurs : grâce à la mise en place d'électrodes « chroniques », ces auteurs ont recueilli une activité de pointes parfois rythmiques dans la région septale antéro-inférieure et dans l'hippocampe. L'inscription des pointes était nettement facilitée par le sommeil.

Il est intéressant de confronter ces faits expérimentaux avec certaines de nos observations électro-encéphalographiques : l'inscription de pointes dans les régions temporales, la rythmicité des ondes lentes et des post-décharges, leur localisation dans les régions temporales et sur la ligne médiane. Sur le plan clinique, notons la fréquence des impulsions et actes agressifs chez les malades dont les tracés de sommeil sont très rythmiques et comportent des pointes temporales. Leurs enregistrements ressemblent souvent de très près à ceux des épileptiques psycho-moteurs dans le sommeil, et l'on sait le rôle prépondérant des formations rhinencéphaliques dans certaines épilepsies psycho-motrices.

Ces données cliniques, électro-encéphalographiques et expérimentales, sont encore fragmentaires et ne permettent évidemment pas d'affirmer qu'une structure déterminée est à l'origine du syndrome schizophrénique (il faudrait d'ailleurs établir que le dysfonctionnement sous-cortical est la cause et non la conséquence de la maladie) ; mais elles orientent vers la participation d'une formation sous-corticale, phylogénétiquement et ontogénétiquement ancienne, tel que le rhinencéphale.

Conclusions. — 1) Nous apportons les résultats d'études électro-encéphalographiques effectuées dans un groupe homogène de schizophrènes. Tous présentaient une hébéphrénie très ancienne et six d'entre eux un état catatonique. Beaucoup étaient sujets à de violentes impulsions. Deux ans au minimum nous séparaient d'une tentative thérapeutique.

2) Les tracés de repos et d'hyperpnée ont été peu utiles. L'activation cardiazolique a déterminé, chez neuf malades sur quatorze, une hypersynchronie neuronique qui, dans les cas typiques, a abouti à des décharges myocloniques rythmiques.

Dans les tracés de sommeil, l'élément dominant est la rythmicité des ondes lentes, rythmicité qui est spontanée et très nettement facilitée par la stimulation auditive intermittente. Des phénomènes de recrutement et de longues post-décharges ont été observés. Les ondes lentes rythmiques du sommeil se projettent électivement dans les régions temporales et sur la ligne médiane, et s'associent souvent à des pointes, rappelant l'activité épileptique hypnique.

3) Les activations par le cardiazol et le sommeil mettent en évidence des perturbations sous-corticales, qui relèvent probablement ici des formations diencéphaliques et rhinencéphaliques. De nombreux travaux électro-encéphalographiques ou neuro-physiologiques (surtout les enregistrements sous-corticaux effectués chez des schizophrènes), orientent dans ce sens. La double activation électro-encéphalographique par le cardiazol et par le sommeil constituerait ainsi un intéressant moyen d'étude physio-pathologique dans ce type de psychose.

BIBLIOGRAPHIE. — R. G. Bickford et D. Daly : — Experiences with the photometrazol test. *E.E.G. Clin. Neurophysiol.*, 1951, 3, 378. — G. H. A. Chamberlain et J. Gordon-Russell : The myoclonic threshold in schizophrenia. *E.E.G. Clin. Neurophysiol.*, 1953, 5, 169-175. — J. Corriol et J. Bert : Electroencéphalographie et schizophrénie. Etude des seuils convulsivants. *Annales médico-psychologiques*, 108, 1, 1950, 588-597. — H. Gastaut : Combined photic and metrazol activation of the brain. *E.E.G. Clin. Neurophysiol.*, 1950, 2, 257-258. — F. A. Gibbs, E. L. Gibbs et N. G. Lennox : The likeness of the cortical dysrythmia of schizophrenic and psychomotor epilepsy. *Amer. Journal Psychiat.*, 95, 1938, 255-269. — R. G. Heath : Studies in schizophrenia. *Harvard University Press*, Cambridge, 1954, 610 pages. — D. Hill : E.E.G. in psychiatry. *Rapport au 1er Congrès mondial de Psychiatrie*, Paris, 1950, section III, p. 163-179. — D. Hill : E.E.G. in episodic psychotic and psychopathic behaviour. *E.E.G. Clin. Neurophysiol.*, 4, 1952, 419-433. Suivi de discussions. — J. Hœnig et D. N. Lieberman : An investigation of catatonic schizophrenia by the photo-metrazol activation method. *E.E.G. Clin. Neurophysiol.*, 1953, 5, 472. — M. A. Kennard : The E.E.G. in schizophrenia. *E.E.G. Clin. Neurophysiol.*, 1952, 4, 115. — J. Kershman : Combined photic-metrazol activation in normal subject and in psychoneurotic and schizophrenic patients. *E.E.G. Clin. Neurophysiol.*, 1951, 3, 377. — H. Leffman et V. P. Perlo : Metrazol and combined photic-metrazol, activated E.E.G. in epiltic, schizophrenic, psychoncurotic and psychopathic patients. *E.E.G. Clin. Neurophysiol.*, 7, 1, 1955, 61-67. — D. N. Lieberman, J. Hœnig et M. Hacker : The metrazol flicker threshold in neuro-psychiatic patients. *E.E.G. Clin. Neurophysiol.*, 6, 1954, 1, 9-18. — G. Lyketsos, L. Belinson et F. A. Gibbs : E.E.G. of non-epileptic psychotic patients awake and asleep. *Arch. Neurol. Psychiat.*, Chicago, 69, 1953, 707-712. — P. Passouant, J. Cadilhac et H. Latour : Renseignements apportés par la stimulation auditive au cours du sommeil des épileptiques. *Revue neurologique*, 84, 6, 1951, 619-623. — P. Passouant, J. Cadilhac et M. Philippot : Rythmicité du petit-mal au cours du sommeil ; décharges rythmiques généralisées et localisées. *Revue neurologique*, 84, 6, 1951, 659-663. — P. Passouant, Cl. Gros, J. Cadilhac et B. Vlahovitch : Les post-décharges par stimulation de la corne d'Ammon chez l'homme. *Revue neurologique*, 90, 4, 1954, 265-275. — C. W. Sem-Jacobsen et R. G. Bickford : Photic and photo-metrazol activation in psychotic patients. *E.E.G. Clin. Neurophysiol.*, 1953, 3, p. 127. — E. A. Spiegel et H. T. Wycis : Thalamic recording in man with special reference to seizure discharges. *E.E.G. Clin. Neurophysiol.*, 1950, 2, 23.

Discussion

M. L. Marchand. — demande aux présentateurs si les complexes pointes-ondes ne peuvent aussi résulter de l'action directe sur le cerveau du cardiazol ou du produit employé pour obtenir le sommeil artificiel sans participation du processus schizophréno-catatonique lui-même.

Troubles mentaux au cours d'une méningite tuberculeuse traitée par isoniazide, par MM. J. Delay, A. Bourguignon, J. Buisson et M. Henne.

Depuis l'introduction de l'isoniazide dans la thérapeutique antituberculeuse, nombre d'auteurs ont signalé l'apparition de troubles mentaux chez des malades soumis à ce médicament. Certes, cette éventualité reste rare ; et les risques ne contre-indiquent en rien l'utilisation du produit. Il importe néanmoins de bien connaître l'existence possible de tels troubles afin de les déceler dès leur début et de suspendre aussitôt l'administration de l'isoniazide sans escompter une sédation spontanée. En effet, si, le plus souvent, ces troubles sont peu importants, petits troubles du caractère, états d'excitation hypomaniaque, obnubilation ou confusion légère, parfois ils revêtent l'aspect de psychoses graves, qui peuvent à leur tour retentir sur l'état physique du malade et compliquer la thérapeutique. D'autre part, chez un sujet prédisposé, il semble qu'une telle drogue puisse déclencher des psychoses se développant et évoluant ensuite pour leur propre compte. Il est remarquable en effet que, chez de nombreux malades ayant présenté des troubles mentaux au cours d'un traitement par l'isoniazide, on trouve des antécédents psychotiques. D'où la règle, chez tout malade soumis à cette cure, d'une part d'explorer les antécédents et d'apprécier la fragilité mentale du patient, d'autre part de surveiller l'évolution à la recherche de signes d'alarme (obnubilation, subexcitation, troubles du caractère et du comportement, accompagnés ou non de manifestations d'atteinte neurologique périphérique), qui feront diminuer la posologie ou supprimer cette thérapeutique. On sait les problèmes qui peuvent ainsi se poser dans le cas de tuberculoses graves nécessitant un traitement intensif et polyvalent, mais comportant des intolérances ou des résistances multiples. Notre observation présentée plus bas concerne une méningite tuberculeuse diagnostiquée tôt et bien traitée, au cours de laquelle apparurent, après un mois de traitement par l'isoniazide, de petits troubles du caractère et du comportement. Ces troubles s'accentuent assez brutalement et donnent lieu à une véritable bouffée délirante avec excitation et confusion vers la fin du deuxième mois de traitement, tandis que les examens cliniques et biologiques montraient la régression presque complète de l'atteinte méningée tuberculeuse.

Après l'arrêt de la médication, l'excitation et la confusion marquant la période aiguë de la psychose, régressèrent rapidement tandis que persistait et s'organisait un syndrome délirant d'allure schizophrénique. Le pronostic nous parut grave, tant en raison du caractère prolongé des troubles que de l'existence antérieure des tendances schizoïdes de la personnalité chez notre malade. Cependant, ces troubles régressèrent progressivement en l'espace de deux mois environ,

tandis que les examens du liquide céphalo-rachidien montraient la guérison apparente de la méningite tuberculeuse.

Cette observation a de nombreux points communs avec celle exposée ici-même à la séance précédente par le professeur Lafon et ses collaborateurs. Et comme lui, nous concluons à l'étiologie probable par l'isoniazide de cette psychose d'allure paranoïde, en réalité nouvelle forme clinique des méningites tuberculeuses traitées.

Observation. — Mme O... Simone, 31 ans, céramiste, entre le 12 janvier 1955 au service libre de la Clinique des maladies mentales, présentant un syndrome délirant apparu au cours d'une méningite tuberculeuse traitée par isoniazide.

1) *Histoire de la maladie.* — En septembre 1954, la malade se sent fatiguée, éprouve des sensations de vertige et présente un fébricule vespéral. Le 20 octobre apparaît brutalement une fièvre à 39°5, avec céphalée et raideur de la nuque. La ponction lombaire retire un liquide clair, les examens montrent une lymphocytose à 510 éléments, une albuminorachie à 1 gr., une glycorachie abaissée et la présence de bacilles de Koch après culture. Sans attendre ce dernier résultat on prescrit, à partir du 26 octobre, 700 mgr. d'isoniazide le premier jour et 600 les jours suivants sans interruption, en même temps que 12 gr. de P.A.S.

La malade, hospitalisée à Brévannes, ne présente pas de trouble de la conscience, l'électro-encéphalogramme est normal, la fièvre s'éteint en dix jours, le poids augmente, le liquide céphalo-rachidien redevient presque normal en quelques semaines ; le 25-11-1954, son analyse montre la présence de 26 éléments et un taux d'albumine de 0 gr. 30.

Mais le comportement de la malade laisse bientôt à désirer. Indocile, rebelle aux traitements, elle présente des troubles du caractère, qui surprennent les médecins. Elle déclare qu'on martyrise les enfants hospitalisés dans le service où elle se trouve. Elle demande sa sortie le 16 décembre, demeure quelques jours chez ses parents qu'elle quitte « à cause du bruit » puis retourne habiter chez elle avec son mari. Le jour de Noël, elle téléphone vers 6 heures du matin à son père pour lui dire qu'elle va mourir. Le médecin, consulté, constate une tachycardie à 200, des palpitations, une angoisse de mort imminente, mais l'examen neurologique, le fond d'œil et la température sont normaux. La malade accepte difficilement tout médicament par crainte d'être empoisonnée.

Le 4 janvier 1955, à deux heures du matin, nouveau coup de téléphone angoissé. Au cours de la journée, elle est perplexe devant l'étrangeté des phénomènes qu'elle ressent : elle reçoit des chocs électriques ; des courants la traversent ; son mari l'empoisonne à l'arsenic ; elle est en communication avec des soucoupes volantes : on agit sur elle à distance. Le 7 janvier, on arrête l'isoniazide, prescrit jusqu'alors sans interruption à raison de 600 mgr. par jour. Le 8, angoissée, incapable de rassembler ses idées, la malade se sent nettement très dirigée par « télépathie ou radar ». Le 9, elle présente une confusion mentale complète avec désorientation, incohérence, incapacité de dire combien elle a d'enfants. Le 10 et le 11, elle est moins confuse mais toujours délirante. Le 12 janvier, elle est admise dans le service.

2) *Antécédents familiaux et personnels.* — On ne retrouve aucun antécédent familial pathologique. Mme O... S. a présenté une primo-infection en novembre 1945, suivie de pleurésie en mai 1946. Sa personnalité semble avoir été toujours caractérisée par une tendance marquée à l'introversion, à l'évasion vers des rêves intérieurs, par une difficulté du contact affectif et social, notamment avec les membres de sa famille, avec ses parents, puis avec un mari qui la déçoit. Ces tendances quelque peu schizoïdes s'accompagnent d'une vive activité intellectuelle tout entière tournée vers des aspirations artistiques et poétiques, du besoin intense d'une affection et d'une compréhension qu'elle n'arrive pas à rencontrer. De formation primaire, elle cherche à fréquenter des milieux littéraires, lit et écrit beaucoup. Elle suit en outre l'enseignement de l'école des Arts décoratifs, exécute plusieurs sculptures, figurines et céramiques. Dans ses poésies, essais, pièces de théâtre, ainsi que dans les trois tomes de son journal intime — assez médiocre quant au style et à la pensée — on retrouve une vive sensibilité, une recherche de la perfection et de l'absolu, une aptitude particulière à ressentir douloureusement les meurtrissures de la vie, les déconvenues, l'insatisfaction qu'elle éprouve de sa médiocrité, de sa petite taille, de son mariage sans amour, de sa frigidité. Cette vie d'intimiste sans talent ne nous aurait pas retenu si l'aspect du tableau clinique ultérieur pouvant évoquer la schizophrénie ne nous avait fait étudier dans les années précédentes le comportement et la pensée de notre malade. Dans les textes examinés, nous n'avons rien relevé qui puisse évoquer une dissociation schizophrénique au début, mais seulement constaté son goût marqué de l'originalité.

3) *Examen clinique.* — Le 12 janvier, la malade apparait turbulente et anxieuse, impossible à maintenir dans son lit. Elle extériorise facilement un important délire d'influence avec automatisme mental. Le langage est maniéré, le timbre vocal affecté, la pensée floue et divagante. Elle exprime son angoisse d'un monde étrange où chaque chose a un sens hostile. La prise de courant est destinée à l'électriser, la seringue sur la table à la faire mourir. Tout est bizarre ; on la dirige par télépathie ; des courants la parcourent ; sa pensée n'est plus libre : on la capte et on la répète, une voix impersonnelle lui parle à distance et lui annonce sa mort imminente. Il n'existe aucune ébauche de systématisation délirante. L'orientation temporo-spatiale est très imprécise. Un court traitement par la chlorpromazine (150 mgr. par 24 heures pendant trois jours) entraine une sédation marquée des troubles. Les idées d'influence et l'automatisme mental s'estompent, mais l'anxiété persiste, accompagnée d'une obnubilation intense.

On suspend le traitement par la chlorpromazine, et dans l'hypothèse d'une action nocive de l'isoniazide, on prescrit de l'acide glutamique et des vitamines B6 et PP. En outre, on reprend le traitement par le P.A.S. et l'on prescrit 0,50 *pro die* de streptomycine.

L'examen somatique, en particulier neurologique, l'examen du fond d'œil, l'électro-encéphalogramme, ne montrent aucune anomalie. Le taux des 17-cétostéroïdes est de 5 mgr. 9 par 24 heures et celui des 11-oxycorticostéroïdes de 0 mgr. 42. Enfin, les liquides céphalo-rachidiens donnent : le 17-1-55 = 4,6 éléments ; albumine : 0 gr. 55 ; le 15-2-55 = 3,4 éléments ; albumine : 0 gr. 42 ; le 7-4-55 = 6 éléments ; albumine : 0 gr. 40.

4) *Evolution.* — L'évolution de la méningite tuberculeuse est, ainsi qu'en témoignent les examens successifs du liquide céphalo-rachidien, aussi favorable que possible. L'audiogramme et les examens vestibulaires ne révèlent aucun trouble.

L'évolution de la psychose est au contraire longtemps inquiétante. La malade n'est plus confuse ni désorientée, mais présente toujours des troubles du comportement : déambulation, colères et gesticulations impulsives. Pendant plusieurs semaines, elle présente également des éclats de rire immotivés, un parasitisme mimique, du maniérisme, des attitudes théâtrales.

L'humeur est très variable, allant du fou-rire aux larmes en quelques instants. Des idées tristes exprimées sur un ton neutre alternent avec une exubérance bouffonne de caractère hypomaniaque. L'angoisse des premiers jours a disparu, remplacée par une grande inertie affective. L'expérience délirante vécue avant l'hospitalisation n'est pas critiquée, un syndrome d'influence mal systématisé persiste.

Après quelques semaines, Mme O... S. cherche à rationaliser ses troubles et recherche dans les magazines une explication scientifique des impressions « électriques » perçues à distance. Elle fait également des interprétations rétrospectives. Elle a vu une soucoupe volante en septembre 1954 et celle-ci lui a « envoyé un choc au cœur ». Elle pense que sa méningite tuberculeuse a pu en être la conséquence. Un mois après son admission, elle se sent encore l'objet de devinement et de prise de la pensée à distance par un médecin du service. Elle se sent irréelle, étrange, et a souvent l'impression d'être dédoublée. Les résultats des tests mentaux pratiqués sont intéressants à mentionner : échelle Wechsler-Bellevue : 1 ; échelle verbale : 45, quotient intellectuel = 98 ; échelle performance : 58, quotient intellectuel = 116 ; échelle totale : 103, quotient intellectuel = 108. Ce niveau intellectuel est sensiblement égal à la moyenne, mais l'infériorité relative constatée dans les épreuves verbales, la présence d'un « scatter » très important de nature organique, un indice de détérioration très significatif, traduisent une détérioration pathologique importante, consécutive à une atteinte cérébrale organique.

Par ailleurs, au M.M.P.I., dont les conditions de passation, de sincérité et de validité sont satisfaisantes, l'ensemble des résultats fournit un profil pathologique qui, outre une composante hystérique significative, présente une allure franchement psychotique, évoquant un processus schizophrénique.

Cette évolution ne s'est heureusement pas confirmée et dans les semaines qui suivirent les troubles régressèrent progressivement. Les phénomènes d'automatisme mental et le sentiment d'influence disparurent, la malade commença à critiquer ses idées délirantes, se demandant si elle avait ou non rêvé, et mettant sur le compte de sa méningite les phénomènes perçus.

Ayant repris un comportement et une activité normaux, elle put, après plusieurs permissions d'essai, sortir définitivement du service trois mois et demi après son entrée.

Depuis peu, la malade étant partie en convalescence, toujours traitée par streptomycine, 0,50 intramusculaire et P.A.S. 12 gr. par jour, on a observé une rechute lymphocytaire puis clinique rapidement jugulée par l'augmentation de la posologie et l'administration de streptomycine intrarachidienne sans réapparition des troubles mentaux.

Discussion

Une telle psychose chez une malade traitée pour méningite tuberculeuse peut-elle être considérée comme consécutive au traitement par l'isoniazide ?

Du point de vue sémiologique, nous avons observé, chez une malade présentant une personnalité schizoïde, l'apparition de troubles du caractère et du comportement, environ un mois après le début clinique d'une méningite tuberculeuse et de son traitement par l'isoniazide à raison de 600 mgr. par jour. Les troubles s'accentuent. Quelques semaines plus tard, il survient une « bouffée délirante aiguë avec confusion, anxiété, phénomènes hallucinatoires et d'automatisme mental, idées délirantes polymorphes ». Après la régression en quelques jours de la confusion mentale, persiste pendant plus d'un mois un syndrome d'influence mal systématisé accompagné de signes faisant redouter une dissociation schizophrénique. Enfin, on assiste à la régression progressive des troubles en deux mois environ. L'état mental redevient à peu près normal malgré la persistance d'un système de croyances illogiques, qui semblent avoir toujours existé chez notre malade, antérieurement à sa psychose.

Le caractère de ces troubles et leur évolution évoquent les descriptions classiques de bouffées délirantes survenant chez les sujets présentant une prédisposition psychopathique. Chez notre malade, leur aspect pseudo-schizophrénique nous a fait redouter pendant plusieurs semaines l'éventualité d'une évolution chronique.

Du point de vue étiologique, peuvent être discutés les rôles respectifs du terrain, de la méningite tuberculeuse et de l'isoniazide.

La méningite tuberculeuse peut-elle être incriminée à l'origine des troubles ? Si l'on ne peut nier formellement son rôle, celui-ci semble assez improbable, comme l'indique la survenue secondaire et absolument isolée des troubles psychiques au cours d'une évolution nettement favorable marquée par la régression des signes cliniques et le retour proche de la normale du liquide céphalo-rachidien. Cependant, l'indication par le test de Wechsler-Bellevue d'une détérioration mentale nous oblige à réserver la possibilité de légères séquelles organiques, dont le processus méningo-encéphalitique pourrait être responsable.

Il serait nécessaire de pratiquer d'autres examens psychologiques pour envisager sérieusement une telle hypothèse.

On sait que, dans certains cas de méningite à évolution grave subaiguë et prolongée, la guérison peut n'être obtenue qu'au prix de séquelles psychiques importantes (1) (2).

Dans de tels cas, il est difficile de faire la part des séquelles dues au processus méningo-encéphalitique subaigu et de celles qui peuvent résulter d'un traitement antibiotique massif et prolongé (1) (3).

Rappelons l'observation de Hunter (4), montrant la possibilité de

(1) M. Porot et F. Destaing. — *Annales médico-psychologiques,* 108, 2, 47-74, juin 1950.
(2) H. Aubin. — *Presse médicale,* 61, 711, 1953.
(3) M. Porot. — *Annales médico-psychologiques,* ch. 1121, 161-181, février 1954.
(4) R. S. Hunter. — *Lancet,* n° 6752, 960-962, 1952.

sequelles psychiques graves consécutives à un traitement intensif par l'isoniazide, traitement poursuivi pendant plusieurs mois malgré l'apparition de troubles psychiques.

L'influence des toxines tuberculeuses peut certes également être discutée.

L'élément essentiel déterminant nous paraît être l'isoniazide. Les troubles du caractère, la subexcitation, la labilité de l'humeur, l'épisode aigu confuso-délirant correspondent bien aux troubles déjà signalés dans la littérature.

Les troubles de la personnalité (5) (6) ne semblent pas exceptionnels et sont parfois inclus dans un contexte symptomatique d'apparence schizophrénique (7) (8).

D'un point évolutif, si les incidents mineurs du traitement, bien connus des phtisiologues (subexcitation, obnubilation légère, petits troubles du caractère), régressent très rapidement à l'arrêt de la médication, permettant parfois sa reprise prudente, les psychoses vraies ne montrent pas toujours une résolution aussi spectaculaire, et plusieurs semaines, voire plusieurs mois, peuvent être nécessaires à la régression complète des troubles malgré la sédation rapide de l'épisode aigu (7) (8).

Dans le déterminisme de tels accidents, il semble que l'importance de la posologie joue un rôle moins important que la prédisposition psychopathique liée au terrain. L'isoniazide semble susceptible de déclencher plus volontiers des accidents psychiques chez des sujets présentant des antécédents psychotiques, en particulier des antécédents de psychose périodique (8).

Chez notre malade, on ne décèle pas l'existence d'antécédents psychotiques patents, mais il existe manifestement une prédisposition psychopathique. Malgré la régression apparente des troubles, il est permis de redouter une rechute mentale ultérieure, et seule une observation prolongée de cette malade permettra d'écarter cette crainte. En effet, il se peut que certaines prédispositions psychopathiques rendent possible l'évolution ultérieure et, pour son propre compte, d'une psychose, après la survenue d'un accident aigu inaugural consécutif au traitement par l'isoniazide.

Enfin, la rechute méningée temporaire fait discuter la reprise éventuelle de l'isoniazide, le pronostic vital prévalant sur le pronostic mental. On a pu jusqu'à présent s'en abstenir.

(5) K. Conrad et E. Scheib. — *Deutsche Med. Wecslr,* 78, 604-607, avril 1953.
(6) M. Letailleur et P. Schmidt. — *Annales médico-psychologiques,* II-I, 246-251, février 1953.
(7) J.-F. Buisson. — *Thèse méd.,* Paris, juin 1953.
(8) W. Wiedorn, F. Eswim. — *Arc. Neurol. Psych.,* 72, 321-324, septembre 1954.
(9) R. Bendo, P. Kaufmann et J.-F. Buisson. — *Bulletin médical de la Société de médecine des hôpitaux de Paris,* 69, 255-257, 1953.

Modifications tensionnelles rétiniennes au cours des réflexothérapies cutanées et intradermiques, par MM. A. Blanchard, P. Marchais et M. Bachet.

Les réflexothérapies cutanées et intradermiques que nous avons décrites (1) ont en médecine fonctionnelle et mentale des indications qui se fondent sur un diagnostic clinique et étiologique minutieux, mais qui dépendent également de facteurs physiologiques difficiles à préciser par un simple examen clinique. C'est afin de palier dans une certaine mesure à cet inconvénient et d'objectiver l'action centrale de ces thérapeutiques que nous avons recherché un témoin physiologique de leurs effets. Nous nous sommes adressés à l'examen de la circulation vasculaire rétinienne et plus spécialement aux variations de la tension artérielle rétinienne, dont les modifications renseignent, en partie tout au moins, sur l'état de la circulation cérébrale.

Afin d'obtenir des résultats objectifs et d'une validité suffisante, nous avons adopté les conditions d'observation suivantes. Une centaine de malades furent examinés, tous par l'un de nous, ophtalmologiste, qui n'avait aucune connaissance préalable des traitements utilisés. Tous les examens eurent lieu dans les mêmes conditions (lieu, matériel, horaire). Chaque mesure, prise à l'ophtalmodynamomètre de Bailliart, fut répétée trois fois consécutives avant d'être consignée. Ces mesures furent enregistrées pour chaque œil en position assise, en décubitus dorsal, avant et après le traitement. Trois réflexothérapies furent utilisées : la réflexothérapie cutanée par excitation de la peau à l'aide d'aiguilles réunies entre elles ; les réflexothérapies par voie intradermique, soit par implantation oblique d'aiguilles dans le derme, soit par injection douloureuse d'eau distillée. Pour plusieurs de ces malades, les mesures furent vérifiées à plusieurs jours d'intervalle. Pour un certain nombre d'autres, elles furent enregistrées avec des réflexothérapies différentes afin de comparer les effets de celles-ci. Parallèlement à ces résultats, nous avons noté les effets cliniques obtenus par le traitement, parmi lesquels nous avons retenu, d'une part les échecs évidents, d'autre part les améliorations indiscutables, qu'elles soient durables ou passagères, et qui témoignent de l'action favorable de la réflexothérapie. Les maladies traitées furent toutes du domaine fonctionnel ou névrotique. Notons que les malades examinés étaient en grande majorité des hospitalisés dont l'état était sérieux, soit par l'ancienneté des troubles, soit par la résistance aux traitements habituels. Ce ne sont donc pas les cas les plus favorables qui furent soumis à ces examens.

Les résultats des mesures de la tension artérielle rétinienne sont consignés dans les trois tableaux suivants.

(1) Travail de la Colonie d'enfants anormaux de Vaucluse, Sainte-Geneviève-des-Bois (Seine-et-Oise). Médecin-Chef : Dr A. Beley.

A) Réflexothérapie cutanée

	T.A.R.	Amélioration clinique	Echec
Augmentation	6	3	3
Diminution	32	26	6
Pas de modification	11	3	8

B) Réflexothérapie intradermique par injection douloureuse d'eau distillée

	T.A.R.	Amélioration clinique	Echec
Augmentation	3	3	
Diminution	20	18	2
Pas de modification	13	3	10

C) Réflexothérapie intradermique par implantation d'aiguilles dans le derme

	T.A.R.	Amélioration clinique	Echec
Augmentation			
Diminution	10	7	3
Pas de modification	5	1	4

Les variations de tension artérielle rétinienne retenues ont été au minimum de 5 gr. pour chaque œil. Elles s'élevèrent jusqu'à 18 gr. pour les réflexothérapies cutanées, 20 gr. pour les réflexothérapies intradermiques par eau distillée et 25 gr. pour les réflexothérapies par aiguilles intradermiques.

Un fait particulier. Alors que pour les réflexothérapies cutanées et intradermiques par implantation d'aiguilles, la tension artérielle rétinienne baisse presque immédiatement, il en va souvent différemment pour les réflexothérapies par injection intradermique d'eau distillée. On assiste en effet en ce cas à une élévation de la tension artérielle rétinienne aussitôt après l'injection, puis à une diminution secondaire au-dessous de la tension artérielle rétinienne initiale lorsque la sensation douloureuse intense a disparu. Il est donc vraisemblable d'admettre qu'à divers seuils d'excitation douloureuse périphérique correspondent des modifications vasculaires centrales particulières.

Devant les résultats d'ensemble, deux conclusions principales se dégagent :

1° Les excitations périphériques que constituent les réflexothérapies s'accompagnent dans une proportion notable de modifications vasculaires centrales. Sur 100 réflexothérapies, 71 déclenchèrent des variations objectives de la tension artérielle rétinienne. En outre, chez plusieurs de ces malades on a pu observer une vaso-dilatation des veines rétiniennes et une vaso-constriction des artères. Toutefois, ce fait n'est pas constant et reste tributaire, d'une part de la qualité

des excitations périphériques comme en témoigne l'action comparative des R.C. et des I.D.E.D., d'autre part de la nature du terrain neurologique, auquel s'adressent ces traitements.

2° Les variations tensionnelles rétiniennes laissent présager dans une large mesure, compte tenu évidemment des indications cliniques, de l'action favorable des réflexothérapies. En effet, pour les R.C., on observe 26 améliorations cliniques pour 32 cas, où la tension artérielle rétinienne est abaissée ; 8 échecs dans 11 cas ne s'accompagnant pas de modifications tensionnelles. De même, pour les I.D.E.D., on observe 18 améliorations cliniques dans 20 cas s'accompagnant d'un abaissement de la tension artérielle rétinienne, 10 échecs pour 13 cas sans modifications tensionnelles. Sans doute, est-il trop tôt pour parler de test de validité, étant donné le nombre relativement peu important de cas étudiés, mais cette corrélation atteignant 80 % mérite de retenir l'attention.

Ces examens montrent également d'autres faits :

a) Le lieu de l'excitation portant sur la projection cutanée des gros vaisseaux abdominaux (aorte, iliaque, primitifs), douloureux à la palpation profonde ou sur celle d'autres régions douloureuses (crâne, membres, lombes, nuque...) ne semble pas modifier sensiblement les résultats obtenus.

b) Les excitations périphériques que constituent les réflexothérapies provoquent dans la majorité des cas, lorsqu'elles s'accompagnent de modifications vasculaires centrales, d'une diminution de la tension artérielle rétinienne (62 cas sur 71).

c) La durée des modifications observées est variable selon les sujets, parfois réduite à quelques minutes, elle dépasse 20 à 30 minutes chez d'autres malades.

d) Enfin signalons que, sur 100 sujets examinés, pour 63 d'entre eux, la tension artérielle rétinienne augmente de 5 à 15 gr. dans le passage de la position assise à la position allongée. Ces résultats méritent d'être confrontés avec le récent syndrome d'hypotension cérébrale orthostatique isolé par P. Delore et ses collaborateurs (1). Est-il normal d'observer une légère hypotension rétinienne orthostatique ou bien celle-ci est-elle due au fait que les malades examinés sont presque tous du domaine névrotique ?

Au total, ces examens, pour partiels qu'ils puissent être, et que nous continuerons dès que possible avec le tonosphygmographe oculaire du Dr Zenatti, sont un appoint appréciable pour la validité des réflexothérapies en objectivant leur action centrale. Ils permettent en outre de rejoindre les travaux de divers auteurs, dont ceux de H. Baruk et P. Abély et collaborateurs, qui témoignent des rapports existant entre les modifications de la circulation cérébrale et du psychisme.

(1) P. Delore, L. Peufigue, P. Moreau et R. Lambert. — L'hypotension cérébrale orthostatique isolée, cause encore méconnue de vertiges et céphalées. *Presse médicale*, 18 mai 1955, p. 743-744.

BIBLIOGRAPHIE. — M. Bachet : Succès d'une thérapeutique cutanée au cours d'états d'anxiétés graves paraissant secondaires à des phénomènes périphériques de type cénesthopathique. *Annales médico-psychologiques,* n° 1, juin 1951. — M. Bachet : Présentation de malades subissant un syndrome cénesthopathique ou de phénomènes fonctionnels avec dépression, guéris ou très améliorés par la seule thérapeutique cutanée. *Annales médico-psychologiques,* n° 2, juillet 1951. — M. Bachet et P. Marchais : Les formes psychiques de la maladie orthostatique. *Gazette médicale de France,* n° 5, 1er numéro de mars 1953. — P. Marchais : Les méthodes réflexothérapiques en médecine psychosomatique. *Gazette médicale de France,* n° 14, 2e numéro de juillet 1953. — P. Marchais : Les nouvelles acquisitions de la réflexothérapie en médecine fonctionnelle et somato-psychique. *Les nouvelles thérapeutiques,* n° 9, décembre 1953. — C. Masuger : Résultats d'une thérapeutique cutanée pratiquée dans un service de médecine psycho-somatique. *Thèse,* Paris, 1953. — M. Bachet et P. Marchais : Résultats d'une réflexothérapie par voie intra-dermique chez des malades dirigés vers un service de psychiatrie. *Annales médico-psychologiques,* février 1954. — P. Delore, L. Paufigue, P. Moreau et R. Lambert : L'hypotension cérébrale orthostatique isolée, cause encore méconnue de vertiges et céphalées. *Presse médicale,* 18 mai 1955, p. 743-744.

Etiologies invoquées chez 578 enfants en cure fermée (Etude statistique critique), par MM. A. Beley, C. Ganry et J.-F. Foncin.

Les causes des affections mentales graves de l'enfance et de l'adolescence sont discutées depuis fort longtemps, et l'on sait quel rôle on a fait jouer successivement à la syphilis, à la « dégénérescence », à l'alcoolisme des parents, à des facteurs génétiques, à l'anoxie ou aux traumatismes obstétricaux, aux encéphalites, spécifiques ou non, de la première enfance, enfin aux conditions de vie de l'enfant dans ses premières années.

Une étude précise et démonstrative du rôle de ces facteurs voudrait, soit qu'on les recherchât de manière exhaustive chez deux groupes importants d'enfants, l'un normal, l'autre anormal ; soit que l'on étudiât, de manière systématique, la destinée ultérieure d'un nombre important d'enfants ayant été soumis à ces facteurs. La difficulté de la réalisation de telles études explique la rareté des notions fermes sur ce sujet ; exceptons-en toutefois les études sur les antécédents d'anoxie obstétricale. Notre ambition est plus modeste : ayant à étudier une population importante d'enfants incapables de vivre dans une société normale, le plus souvent du fait d'atteintes mentales graves, nous avons voulu préciser la fréquence relative des causes de ces atteintes, et voir si celles-ci créaient chez leurs victimes un tableau morbide particulier dont la caractérisation serait à elle seule une preuve de cette causalité.

Méthode : Les chiffres indiqués dans cette étude proviennent du dépouillement d'un fichier où les étiologies invoquées ont été consignées avant que l'idée de ce travail ne fût née. Ces étiologies « invoquées » l'ont été tout d'abord par les auteurs des certificats d'internement. Nous les avons toujours consignées telles qu'elles, sauf preuve contraire, exception faite pour la syphilis, que nous n'avons pas

enregistrée quand elle était invoquée sous la forme vague d' « hérédo-syphilis », diagnostic fondé sur des dystrophies imprécises ; nous l'avons par contre bien entendu notée quand elle était invoquée sous la forme « syphilis maternelle traitée » ou « Bordet-Wassermann négativé par le sulfar », par exemple. Ces étiologies nous ont été ensuite fournies par l'enquête sociale nous apportant par exemple la notion de l'alcoolisme d'un parent, ou d'une affection analogue chez un frère. Enfin, un certain nombre de notions étiologiques ont été formulées par nous-mêmes, à la suite, soit de l'interrogatoire des parents, soit d'un diagnostic comportant une étiologie, par exemple paralysie générale ou gargoylisme.

Les caractéristiques que nous avons envisagées en vue de l'étude de leur répartition en fonction d'une étiologie sont au nombre de trois : niveau mental, épilepsie, déficits neurologiques. Les niveaux ont été répartis en huit groupes.

1) Niveaux normaux suffisant et limite, quotient intellectuel (Terman) $> 0,70$.
2) Débiles légers : $0,60 <$ quotient intellectuel $< 0,70$.
3) Débiles profonds : $0,50 <$ quotient intellectuel $< 0,60$.
4) Imbéciles légers : $0,35 <$ quotient intellectuel $< 0,50$.
5) Imbéciles profonds : $0,20 <$ quotient intellectuel $< 0,35$.
6) Idiots : quotient intellectuel $< 0,20$.
7) Vie végétative :
8) Détériorations importantes.

Les quotients intellectuels ont été évalués à la colonie par un Terman. Dans certains cas, le résultat de celui-ci a été corrigé à l'aide de tests non verbaux, en particulier par les Matrix 47 ou 38, selon l'âge de l'enfant. Pour un certain nombre d'imbéciles et d'idiots, la classification a été purement clinique ainsi que pour certains infirmes. Les malades classés sous « détériorations importantes » comprennent: des encéphalopathies progressives, telles qu'une idiotie amaurotique type Vogt-Spielmeyer ; des démences épileptiques ; des « démences précoces ».

Seule la présence ou l'absence d'épilepsie ou de déficits neurologiques a été retenue. L'épilepsie a été contrôlée électro-encéphalographiquement, sauf impossibilité matérielle.

Nous avions envisagé d'étudier également la corrélation des étiologies invoquées avec les diagnostics et les symptômes psychiatriques: nous avons dû abandonner cette idée, car, du fait de la fixité de l'âge de l'apparition de certains symptômes, nous aurions introduit le facteur âge, et il est bien évident *a priori* que, dans les conditions de l'enquête, le rôle des facteurs périnataux tend à être oublié chez les enfants plus âgés.

Matériel : Les enfants étudiés comprennent ceux présents le 15 mai 1955 à la colonie de Vaucluse, soit 524, les enfants sortis depuis le

15 septembre 1954, soit 48, et les enfants décédés depuis cette date, soit 6, tous autopsiés ; au total, 578 cas.

Ils se répartissent ainsi :

	Norm.	Déb. lég.	Déb. pr.	Imb. lég.	Imb. pr.	Idiots	Vég.	Dét.
°/₀..	0,026	0,114	0,248	0,200	0,152	0,185	0,028	0,050
n...	15	66	143	116	87	107	16	29

épileptiques % ... 0,220 0,147 neurologiques
n ... 127 85

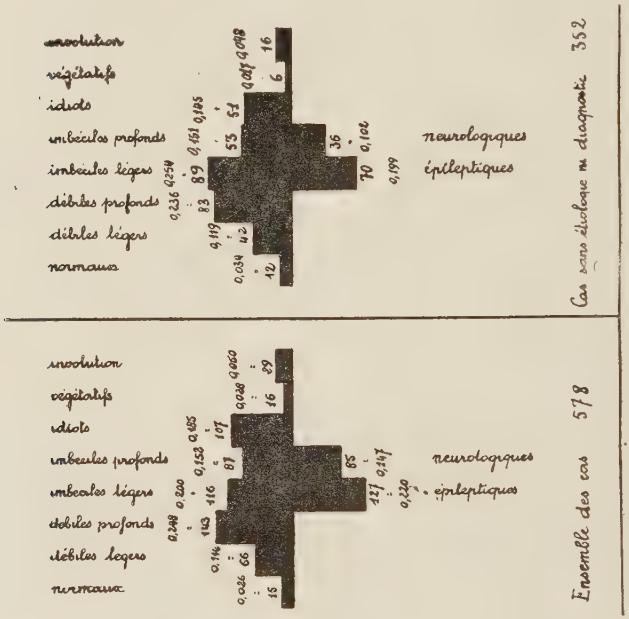


Fig. 1

Leurs âges sont ainsi répartis :

17 sont nés depuis 1950.
155 sont nés de 1944 à 1949.
190 sont nés de 1940 à 1944.
154 sont nés avant 1940 et ont moins de 18 ans.
62 ont plus de 18 ans.

Ils constituent, on le voit, un matériel très hétérogène, dont le seul point commun est une incapacité de vie sociale, qu'elle soit liée à l'individu lui-même ou à ses conditions de vie, mais où dominent les arriérations mentales graves, avec un nombre suffisant d'épilepsie et de déficits neurologiques pour que leur répartition soit significative.

Cette hétérogénéité sert d'ailleurs notre propos, permettant d'étudier des déviations par rapport à une population que l'on peut supposer en première approximation réunie à la colonie pour des causes nombreuses et indépendantes, c'est-à-dire par le hasard.

Résultats. — *Résultats bruts :* Les chiffres qui suivent n'appellent que peu de commentaires. Ils ne sont du reste, pour la plupart, que le reflet des opinions généralement admises sur la génèse des troubles et arriérations mentales de l'enfant. Un point nous semble toutefois à souligner ; la plus grande fréquence relative des mécanismes psychogènes associés plutôt qu'isolés : parents couveurs ou à l'inverse hospitalisme, chez des arriérés encéphalopathiques. Par ailleurs, en ce qui concerne les encéphalopathies graves, mais à survie prolongée, les étiologies observées doivent être assez représentatives de l'ensemble du département de la Seine en ce qui concerne les garçons, la colonie étant le seul établissement public qui les reçoive en placement de longue durée.

I. — Il convient tout d'abord de signaler un certain nombre de diagnostics médicaux, dont certains comportent une discussion étiologique propre que nous n'envisagerons pas ici. Trente cas de mongolisme, dont un avec parents alcooliques, et un avec une mère débile; quatre myxœdèmes congénitaux ; quatre syndromes adiposo-génitaux, dont un où une syphilis maternelle a été invoquée ; deux syndromes de type Cushing, dont un avec une mère psychopathe et un où une encéphalopathie de la petite enfance a été invoquée ; enfin, un gargoylisme, trois idioties amaurotiques et trois angiomatoses : un Sturge-Weber-Krabbe, un Bonnet-Dechaume, une angiomatose pariétale calcifiée isolée.

II. — En éliminant les cas précédents, dans 181 cas, soit 0,314, une étiologie au moins a été retrouvée. Dans 149, soit 0,258, une seule ; dans 29 cas, soit 0,050, deux étiologies ; dans 2 cas, trois étiologies ; dans un cas, quatre étiologies.

Un calcul rapide montre d'ailleurs que cette répartition est conforme aux lois du hasard, c'est-à-dire que la chance de trouver une étiologie supplémentaire est la même que de trouver une étiologie *a priori*.

1) Etiologies isolées : Sur 149 cas sans diagnostic somatique, l'alcoolisme d'un ou des deux parents a été invoqué quarante-trois fois ; les troubles ou une insuffisance psychiques d'un ou des deux parents : 231. La syphilis : onze fois ; sept fois, nous n'avons pas de preuves que l'enfant ait la syphilis (deux fois par résultats sérologiques dissociés, cinq fois la syphilis étant prouvée chez un parent, mais non chez l'enfant). Vingt fois une étiologie infectieuse est invoquée (nous en verrons le détail plus bas). Sept fois une origine génétique. Quatre fois une origine psychogène. Une fois un traumatisme datant de la seconde enfance, et enfin trente-trois fois une étiologie obstétricale, où vingt-deux fois un traumatisme pouvait être individualisé (forceps,

bassin rétréci, etc...) ; les onze autres cas obstétricaux représentent principalement des réanimations prolongées (la durée exacte de celles-ci n'est généralement pas précisée.

2) Etiologies combinées (trente-deux cas) : On retrouve invoqué l'alcoolisme parental treize fois ; troubles ou insuffisance psychiques parentaux : quatorze ; syphilis : trois fois, dont une où elle est prouvée seulement chez un parent ; onze fois une étiologie infectieuse ; sept fois une origine psychogène ; deux fois un alcoolisme de l'adolescent ; un cas génétique ; trois traumatismes de la petite enfance et treize causes obstétricales dont huit traumatismes.

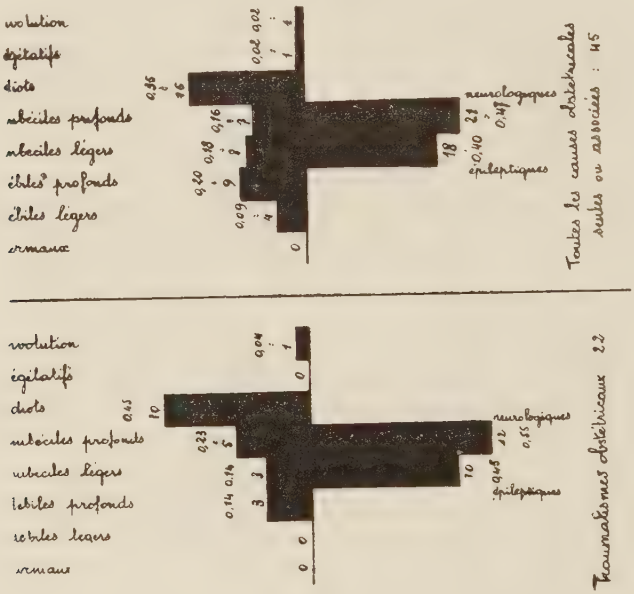


Fig. 2

3) Détaillons enfin les étiologies infectieuses : quatre uvéo-encéphalites fœtales, dont une toxoplasmose prouvée ; cinq méningites, dont deux à méningocoques, une ontogénèse, deux tuberculeuses ; et dix encéphalites spécifiques : une vaccinale, quatre coquelucheuses, trois morbilleuses, une scarlatineuse, et une due au typhus exanthématique. Enfin, dans vingt-deux cas, est invoquée une « encéphalite » de l'enfance. Il dépasserait le cadre de ce travail de discuter ce groupe, qui recouvre certainement un bon nombre d'hémorragies méningées de la naissance et de thromboses veineuses.

Etude des corrélations. — Nous les avons étudiées par rapport à une population de référence comprenant les enfants pour lesquels n'étaient invoqués ni étiologie, ni diagnostic somatique en rapport

avec l'affection ayant motivé l'internement, soit 352 enfants, se répartissant comme suit :

	Norm.	Déb. lég.	Déb. pr.	Imb. lég.	Imb. pr.	Idiots	Vég.	Dét.
%	0,034	0,119	0,236	0,254	0,151	0,145	0,017	0,041
n	12	42	83	89	53	51	6	16

épileptiques % .... 0,199 1,102 neurologiques »
n 70 36

On remarque que la répartition est analogue à celle de la colonie dans son ensemble, avec toutefois une diminution relative des idiots, des épileptiques et des enfants atteints de troubles neurologiques ; nous en verrons la raison plus loin.

Les facteurs dont nous avons étudié l'effet sur le tableau clinique sont ceux que nous avons retrouvés le plus fréquemment dans l'analyse d'ensemble, c'est-à-dire l'alcoolisme parental et les causes obstétricales. La répartition des enfants pour lesquels un *traumatisme obstétrical* est reconnu comme seule étiologie s'établit comme suit (total, 22) :

	Norm.	Déb. lég.	Déb. pr.	Imb. lég.	Imb. pr.	Idiots	Vég.	Dét.
%	0	0	0,14	0,14	0,23	0,45	0	0,04
n	0	0	3	3	5	10	0	1

épileptiques % ..... 0,45 0,55 neurologiques
n 10 12

On voit donc que la proportion d'idiots, d'épileptiques, et encore plus de malades atteints de déficits neurologiques, est considérablement plus grande dans ce groupe que dans le groupe-témoin. Pour vérifier que cette différence est significative, nous allons utiliser le test X^2 (chi carré) en groupant les idiots et les déments d'une part, les autres niveaux de l'autre, pour obtenir des effectifs suffisants à soumettre au calcul. On obtient $X^2 = 11,7$, d'où $< 0,001$. De même, la comparaison de la fréquence des épileptiques donne $X^2 = 8,7$, d'où p compris entre 0,001 et 0,01 ; et pour les déficits neurologiques, $X^2 = 48$, d'où $p < 0,001$. La population des victimes des traumatismes obstétricaux est donc sur tous ces points très significativement différente de la population-témoin.

Avec des proportions un peu différentes, la même opposition s'établit si l'on considère l'ensemble des enfants pour qui une étiologie obstétricale a été invoquée, seule ou associée (total : 46).

	Norm.	Déb. lég.	Déb. pr.	Imb. lég.	Imb. pr.	Idiots	Vég.	Dét.
%	0	0,09	0,20	0,18	0,16	0,35	0,02	0,02
n	0	4	9	8	7	16	1	1

épileptiques	%	0,40	0,47	neurologiques
	n	18	21	

Par comparaison avec la même population-témoin, on trouve :

En ce qui concerne les niveaux : $X^2 = 7,2$, d'où, avec deux degrés de liberté (la classification a été ramenée à débiles, imbéciles, idiots), p compris entre 0,02 et 0,05. Pour les épileptiques, $X^2 = 11$, d'où p compris entre 0,001 et 0,01 ; pour les neurologiques, $X^2 = 56$, d'où $p < 0,001$. On remarque que, si la proportion d'épileptiques et

FIG. 3

d'enfants atteints de déficits neurologiques reste très forte dans ces cas, la proportion d'idiots, tout en restant supérieure à celle du témoin, est surtout fournie par les cas de traumatisme obstétrical au sens strict.

En ce qui concerne les *enfants d'alcooliques,* on a le tableau suivant (total : 44, ne comprenant que l'alcoolisme, seule étiologie invoquée).

	Norm.	Déb. lég.	Déb. pr	Imb. lég.	Imb. pr.	Idiots	Vég.	Dét.
%	0	0,11	0,43	0,25	0,07	0,11	0	1
n	0	5	19	11	3	5	0	1

épileptiques	%	0,16	0,02	neurologiques
	n	7	1	

On voit que la proportion d'épileptiques et de déficits neurologiques surtout est notablement moindre que dans le groupe-témoin. Nous n'avons pas testé la significativité de cette différence. Qu'il nous suffise de noter que l'alcoolisme parental n'apparaît favoriser ni l'un ni l'autre. L'asymétrie de la courbe des niveaux, avec sa pointe remarquable de 43 % de débiles profonds mérite plus d'attention. Certes, en testant la répartition des niveaux vis-à-vis du témoin, après avoir ramené les groupes à trois : débiles, imbéciles légers, imbéciles profonds et au-dessous, on obtient $X^2 = 5,7$, d'où avec deux degrés de liberté, p compris entre 0,05 et 0,10. La signification de cette différence n'est donc pas formelle. On peut néanmoins tenter de l'interpréter. S'il est absurde d'envisager que l'alcoolisme parental contribue à relever le niveau intellectuel, il reste deux hypothèses entre lesquelles le calcul statistique ne permet pas de trancher. La première est que l'alcoolisme parental cause un type particulier d'arriération, caractérisé par la débilité profonde. La seconde est que le milieu familial est dans ces cas moins tolérant, ce qui entraîne le placement de débiles profonds qu'une famille normale serait capable d'élever. C'est peut-être en faveur de cette seconde hypothèse que vient s'inscrire l'analogie frappante avec la précédente, de la répartition des cas où un trouble ou une insuffisance psychique sont relevés chez les parents comme seule étiologie (total : 25).

	Norm.	Déb. lég.	Déb. pr.	Imb. lég.	Imb. pr.	Idiots	Vég.	Dét.
o/o....	0	0,28	0,45	0,12	0,08	0,16	0	0
n	0	7	9	3	2	4	0	0

épileptiques	%	0,20	0,04	neurologiques
	n	5	1	

Résumé. — Les auteurs retrouvent une ou plusieurs étiologies dans 181 cas chez 578 enfants internés. Les causes les plus fréquemment invoquées sont dans l'ordre : l'alcoolisme parental, les accidents obstétricaux, les altérations psychiques parentales, les infections de la première enfance. Les accidents obstétricaux paraissent causer une forte proportion d'idiots, d'épileptiques, d'infirmes neurologiques. Les enfants d'alcooliques ne sont pas, au contraire, statistiquement différents de ceux pour qui aucune étiologie n'est invoquée, et en particulier ne sont pas plus souvent épileptiques, dans la série qu'ils ont étudiée.

Discussion

M. P. Lôo. — En dehors des étiologies traditionnellement invoquées chez l'enfant, ne pourrait-on rechercher, en extrapôlant les expériences faites chez les animaux, l'éventualité d'une cause carentielle ?

Evans a montré que la carence en acide folique chez les animaux en gestation provoquait, dans la descendance, des anomalies allant jusqu'à la monstruosité.

Par ailleurs, le pronostic qu'on a tendance à établir d'après un quotient intellectuel, à la suite d'un test, me paraît engager sur de fragiles présomptions l'avenir de ces sujets, car le test n'est qu'une performance du moment et ne reflète pas les virtualités du sujet et ses possibilités d'épanouissement.

Données statistiques sur les tentatives de suicide chez les alcooliques entrés à l'Admission de Sainte-Anne, par MM. G. Daumézon, Mlle J. Cor et J. Rudrauf.

Nous présentons ci-dessous les résultats d'une statistique visant à évaluer les aspects de la conduite suicidaire chez les malades alcooliques ou non-alcooliques des deux sexes. Les résultats évalués en pourcentages pour faciliter la lecture ont été validés par le test X^2. Nous rappelons que le X^2 de Fisher est une *épreuve de signification statistique* qui indique la probabilité d'obtenir telles données chiffrées par le seul fait du hasard, compte tenu du nombre de cas en expérience. Lorsque cette probabilité est inférieure à 5 % par exemple, on dit que les données sont significatives au seuil de 0,005. ,

Les valeurs de X^2 dans le problème qui nous occupe sont les suivantes :

× 2	Signification	
	Seuil	Notation conventionnelle
	> 0,10	0
2,71	0,10	+
3,84	0,05	++
6,64	0,01	+++
	< 0,01	

Les X^2 concernent les différences entre les pourcentages.

I. *Fréquence des tentatives de suicide.* — Les nombres ci-dessous portent sur les malades âgés de 20 ans et plus admis entre le 1er mars 1953 et le 28 février 1954. Nous appelons suicidaires les malades ayant fait une ou plusieurs tentatives de suicide.

Le tableau I indique le nombre et le pourcentage des malades internés ayant fait une ou plusieurs tentatives de suicide.

Nous en extrayons ci-dessous (tableau II) les pourcentages dont la comparaison est instructive. On trouve en effet, chez l'ensemble des malades internés, 13,6 % de sujets ayant fait des tentatives de suicide avant leur internement. Ce pourcentage est sensiblement égal pour les deux sexes, mais diffère si l'on sépare les alcooliques des autres malades et, chez les alcooliques selon le sexe.

TABLEAU I

	MALADES			ALCOOLIQUES			NON-ALCOOLIQUES		
	Nombre total	SUICIDAIRES Nombre	SUICIDAIRES %	Nombre total	SUICIDAIRES Nombre	SUICIDAIRES %	Nombre total	SUICIDAIRES Nombre	SUICIDAIRES %
Femmes.....	2.194	298	13,5	187	37	19,7	2.007	261	13
Hommes.....	2.370	324	13,7	943	100	10,6	1.427	224	15,7
Total.....	4.564	622	13,6	1.130	137	12,1	3.434	485	14,1

TABLEAU II

	NON ALCOOLIQUES %	ALCOOLIQUES %	DIFFÉRENCE DE %	× 2	SIGNIFICATION
Suicidaires des deux sexes.....	14,1	12,1	— 2	2,86	+
Suicidaires hommes	15,7	10,6	— 5,1	14	+++
Suicidaires femmes.	13	19,7	6,7	12,2	+++

	Hommes %	Femmes %	Différence de pourcentage	2	Signification
Suicidaires non alcoliques.....	15,7	13	— 2,7	4,95	++
Suicidaires alcooliques.....	10,6	19,7	+ 9,7	12,3	+++

D'après nos chiffres, si la fréquence des tentatives de suicide chez les alcooliques en général est sensiblement la même, bien qu'un peu plus faible que chez les autres malades mentaux, il apparaît que : les femmes alcooliques se suicident presque deux fois plus que les hommes ; les femmes alcooliques se suicident beaucoup plus que les autres malades ; les hommes alcooliques se suicident nettement moins que les autres malades.

Les suicidaires non-alcooliques se rencontrent plus fréquemment chez les hommes que chez les femmes. Les suicidaires alcooliques se rencontrent au contraire beaucoup plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes.

II. *Différentes méthodes de suicide.* — Les indications précédentes nous obligent à envisager les modes de suicide successivement chez l'homme et chez la femme (tableaux IV et V).

Statistiquement, tout se passe donc comme si la femme alcoolique représentait une classe de psychopathie suicidogène à l'inverse de l'homme alcoolique.

Or, parmi les malades non-alcooliques nous trouvons, suivant les classes nosographiques, les pourcentages de tentatives de suicide donnés par le tableau III, dont les chiffres se rapprochent d'ailleurs de ceux rapportés par Deshaies dans son ouvrage sur le suicide. Il s'agit cette fois de la fréquence des tentatives de suicide par rapport au nombre de malades de chaque catégorie, et non plus du pourcentage de malades ayant présenté des tentatives de suicide.

Tableau III

	% MALADES ENTRÉS A L'ADMISSION	% RAPPORTÉS PAR DESHAIES
Déséquilibre mental	35 %	30 %
Maniaque dépressive	30 %	28 %
Epileptiques	17,2 %	
Confus	8 à 10 %	10 %
Schizophrènes		7 %
Délirants chroniques		6 %
Déments	3 %	
Arriérés	1 %	

II. *Différentes méthodes de suicide.* — Les indications précédentes nous obligent à envisager les modes de suicide successivement chez l'homme et chez la femme.

Les chiffres donnés par les deux tableaux précédents peuvent être interprétés à la lumière des épreuves de signification, comme il ressort du tableau VI.

Les autres chiffres du tableau IV et V sont trop faibles pour être traités statistiquement.

La lecture des tableaux précédents met en évidence un certain nombre de données :

Tableau IV. — Les méthodes de suicide chez l'ensemble des malades mentaux hommes et par ordre de fréquence décroissante sont :

armes tranchantes (environ 30 %) ;
poison et oxyde de carbone à peu près à égalité (13 à 14 %) ;
strangulation-pendaison et noyade (environ 10 %) ;
défénestration et précipitation (6 à 7 %) ;
mixtes (3 à 4 %) ;

TABLEAU IV

MODES DE SUICIDES POUR LES HOMMES	Nbre DE TENTATIVES PARMI LES ENTRÉES A L'ADMISSION	%	Nbre DE TENTATIVES CHEZ LES ALCOOLIQUES	%	Nbre DE TENTATIVES CHEZ LES NON-ALC.	%
C.O.....	53	13,1	26	19,8	27	9,8
Noyade	38	9,4	19	14,5	19	6,9
Poison	58	14,3	11	8,3	47	17,2
Armes tranchantes (couteaux, rasoirs etc.).....	121	29,9	25	19	96	35.1
Armes à feu	8	1,9	2	1,5	6	2,1
Précipitation.....	26	6,4	13	9,9	13	4,7
Défenestration	31	7,6	6	4.5	25	9,1
Strangulation, pendaison.....	43	10,6	18	13,7	25	9.1
Espéral.....	2	0,49	2	1,5	0	0
Mixtes.....	14	3,4	6	4,5	8	2,9
Rares	10	2,4	3	2,2	7	2,5
?.....	54		12		42	
Total des méthodes connues.....	404		131		273	
Nbre de tentatives au total.....	458		143		315	

les armes à feu semblent avoir fort peu de crédit puisqu'elles ne sont utilisées que dans à peine 2 % des cas. Il est vrai que nous n'avons affaire qu'aux tentatives et non aux suicides.

Par ailleurs, les malades alcooliques ou non-alcooliques utilisent les mêmes modes de suicide, mais dans des proportions bien différentes.

L'alcoolique chronique utilise :

deux fois plus l'intoxication par l'oxyde de carbone ;
plus de deux fois plus la submersion et la précipitation ;
nettement plus la strangulation et la pendaison.

Par contre, il utilise :

nettement moins les armes tranchantes ;
s'empoisonne et se défénestre environ deux fois moins.

Les tentatives mixtes paraissent un peu plus fréquentes chez l'alcoolique, mais la différence est peu significative.

Enfin, les armes à feu ont aussi peu de crédit dans les deux groupes.

Tableau V. — Femmes

Modes de suicide	Total des tentatives de suicide	%	Nombre de tentatives chez les alcooliques	%	Nombre de tentatives chez les non-alcooliques	%
CO	51	15,3	10	21,2	41	14,3
Noyade	36	10,8	8	17	28	9,7
Poison	77	23,1	5	10,6	72	25,1
Armes tranchantes	43	12,9	37	14,8	36	12,5
Armes à feu	3	0,9	0	0	3	1
Précipitation	25	7,5	7	14,8	18	6,2
Défenestration	54	16,2	5	10,6	49	17,1
Strangulation	30	9	4	8,5	26	9
Espéral	0	0	0	0	0	0
Mixtes	8	2,4	0	0	8	2,7
Rares	6	1,8	1	2,1	5	1,7
?	97		8		89	
Total des méthodes connues	333		47		286	
Nombre de tentatives au total	430		55		375	

Tableau V. — Les méthodes de suicide chez l'ensemble des malades mentaux femmes et par ordre de fréquence décroissante sont :

poison (23 % environ) ;

défénestration et oxyde de carbone à peu près à égalité (15 à 16 %) ;

armes tranchantes (près de 13 %) ;

noyade (un peu plus de 10 %) ;

strangulation-pendaison (9 %) ;

précipitation (7,5 %) ;

mixtes (2,4 %) ;

les armes à feu sont encore un peu moins utilisées chez les femmes que chez les hommes (0,9 %).

D'après les chiffres comparés aux femmes internées non-alcooliques ayant fait des tentatives de suicide, les alcooliques ont une nette préférence pour :

la précipitation (14,8, contre 6,2 %) ;

la submersion (17 contre 9,7 %) ;

l'oxyde de carbone (21,2 contre 14,3 %) ;

une légère prédilection pour les armes tranchantes.

Par ailleurs, elles utilisent :

beaucoup moins de poison (10,6 contre 25,1 %) ;

nettement moins la défénestration (10,6 contre 17,1 %) ;

enfin, à peu près à égalité la strangulation-pendaison.

Tableau VI

Modes de suicide	Alcooliques	Non alcooliques	Différence %	× 2	Signification
CO. Hommes.....	9,8	19,8	+ 10	9,3	+++
CO. Femmes.....	14,3	21,2	+ 6,9	8,3	+++
Noyade : Hommes..	6,9	14,5	+ 7,6	6,5	(+)++
Noyade : Femmes ..	9,7	17	+ 7	3	+
Poison : Hommes ..	17,2	8,3	— 8,9	4,6	++
Poison Femmes...	25,1	10,6	— 14,5	3,3	+
Armes tranchantes :					
Hommes	35,1	19	— 16,1	8	+++
Femmes.....	12,5	14.8	+ 2,3	0,5	0
Précipitation :					
Hommes	4,7	9,9	+ 5,2	4,4	++
Femmes.....	6,2	14,8	+ 8,6	5	++
Défenestration :					
Hommes	9,1	4,5	— 4,6	3,3	+
Femmes.....	17,1	10,6	— 6,5	1,1	0

Tableau VI. — La comparaison entre les malades alcooliques et non-alcooliques montre que les différences auxquelles les tableaux I à III permettaient de s'attendre s'effacent en ce qui concerne le choix des méthodes de suicide, sauf pour le choix des armes tranchantes, nettement rejetées par les alcooliques.

Mais les alcooliques hommes et femmes choisissent plus souvent le gaz, la noyade et la précipitation que les autres malades.

Par contre, ils ont une répulsion manifeste pour le poison. Si les alcooliques hommes ajoutent à cette répulsion celle des armes tranchantes, cela ne veut-il pas dire qu'un bon nombre d'entre eux au moins représentent une catégorie nosologique différente ? alors que les femmes alcooliques se rapprochent davantage des autres malades.

III. *Récidivistes du suicide.* — Nous trouvons des chiffres équivalents de sujets ayant fait plus d'une tentative de suicide chez les différentes catégories de malades :

28 % chez les hommes alcooliques chroniques et non-alcooliques,

30 % chez les femmes alcooliques chroniques et non-alcooliques.

Enfin, si nous comparons les méthodes de suicide selon le sexe, nous trouvons chez les hommes une forte prédilection pour les armes tranchantes (plus de deux fois plus que chez l'ensemble des malades) ; cette prédilection subsiste en valeur absolue chez les alcooliques bien que nous ayons pu souligner une répulsion relative pour ces armes de l'alcoolique homme par rapport au malade non-alcoolique.

Nous trouvons :

chez l'homme : une légère préférence pour strangulation-pendaison, tentatives mixtes, armes à feu, suicides recherchés ;

chez la femme : nette prédominance de la défénestration, du poison ; préférence, mais moins marquée, pour la submersion, l'oxyde de carbone, la précipitation.

Fonctionnement d'un dispensaire urbain de post-cure, par MM. G. Daumézon et Mlle S. Ellenberger

Depuis mai 1951, grâce à l'amicale entremise du Dr H. Duchêne auprès du directeur de l'Office public d'hygiène sociale de la Seine, le local du Dispensaire d'hygiène mentale, 2, rue du Figuier, nous est prêté deux ou trois fois par mois pour y recevoir, entre 18 et 21 heures, les malades sortis du service (soit 3e section de Maison-Blanche jusqu'à octobre 1952, soit Admission de Sainte-Anne depuis juillet 1952).

Nous n'ignorons pas les antécédents de telles pratiques : tous les aliénistes ont de tradition reçu à l'asile les anciens malades sortis ; depuis une trentaine d'années, les services de traitement de paralytiques généraux de Sainte-Anne (Leroy, Marchand, Guiraud, Bessières, etc...), suivent et traitent, dans le service même, leurs anciens malades. Notre activité, qui d'ailleurs ne supprime nullement les consultations traditionnelles à l'hôpital, s'en distingue toutefois par le fait qu'elle se développe *hors de l'hôpital* et *le soir* de 18 heures à 21 heures, qu'elle entre dans un planning psychothérapique de traitement du malade. Elle se distingue du club de l'Elan, si heureusement créé par Sivadon par le fait qu'elle ne comporte rien d'autre que la pratique de la consultation psychiatrique, à l'exclusion de toute autre activité ou toute autre raison d'être sociothérapique. Les malades sortis que nous croyons susceptibles de bénéficier de cette activité sont convoqués à un rythme variable au nombre d'une douzaine par séance. Les présences varient de 5 à 11, moyenne 8. La convocation signée de l'assistante sociale, au nom du médecin, est faite par lettre, en ayant soin d'éviter tout en-tête administratif. Nous avons la bonne fortune de travailler dans un des rares dispensaires (peut-être le seul) dont le style soit relativement accueillant. La consultation apparaît comme la prolongation des contacts qui se sont déroulés dans le service : c'est dire que chaque malade est reçu individuellement et séparément de sa famille par le médecin et l'assistante sociale (auxquels s'ajoutent éventuellement un interne ou une stagiaire), alors que la pratique du dispensaire ordinaire doit se rapprocher au maximum de la pratique privée et exclut la présence de toute personne en dehors du médecin et du malade, ici le malade est

habitué aux routines hospitalières françaises (au demeurant fort discutables) ; les relations s'engagent donc avec les personnes qu'il a connues dans le bureau médical de l'hôpital ; elles se poursuivent selon le cas avec le médecin seul, parfois avec un de ses assistants (ce fut le cas de quelques sujets pour lesquels furent entreprises des psychothérapies) ou encore avec l'assistante sociale, si des problèmes sociaux précis doivent être résolus.

Ayant utilisé le dispensaire pour deux services très différents, les chiffres exprimant ce fonctionnement n'ont que peu d'intérêt en eux-mêmes. Retenons seulement que 107 séances de dispensaire en quatre ans ont reçu 737 consultants. L'année dont l'étude est la plus intéressante est 1952, le dispensaire fonctionnant depuis plusieurs mois pour un service de 450 malades (3e section de Maison-Blanche), d'où sont sorties 130 malades : 222 consultations au cours de 27 séances, 88 cas pris en charge dont 31 remontant à l'année précédente, 46 ne furent pas suivis en 1953. On doit donc considérer que, pour un service de 400 malades fonctionnant normalement, le dispensaire de post-cure devrait avoir au moins une séance hebdomadaire.

Il n'est pas possible de fixer les règles de cette consultation. Il est certain que chaque médecin la concevra et la pratiquera selon sa personnalité et l'idée qu'il s'est faite en conséquence de la psychothérapie ; cependant, en vue d'éclairer les éventuels utilisateurs, il nous paraît nécessaire de préciser les indications de notre pratique.

Mignot, à une récente réunion de l'Evolution psychiatrique, disait excellemment que l'aliéniste est le seul médecin contraint de vivre perpétuellement en face de ses échecs. Il expliquait ainsi le désir des aliénistes modernes d'obtenir des consultations de post-cure pour enfin contempler leur succès. Rien n'est si vrai que cette remarque ; le psychiatre doit se méfier de convoquer trop largement les malades au dispensaire de post-cure : l'existence du dispensaire doit être connue dans le service et seuls les malades qui expriment le désir de recourir à lui doivent être convoqués. (Il est possible par la suite que les convocations ne soient plus autant sollicitées, mais plus nombreux encore seront les sujets qui, bien que demandant à être convoqués, devront être oubliés.

En effet, tous les sujets réellement guéris des troubles aigus qui ont provoqué leur entrée, et dont la personnalité antérieure était assez forte pour permettre une intégration sociale à peu près normale, doivent en principe, et malgré les demandes qu'ils peuvent faire, être exclus de la consultation ; et cela alors même qu'ils présentent, en période intercalaire, des troubles relativement importants (en particulier un délire), si ceux-ci étaient néanmoins compatibles avec l'intégration sociale et n'étaient pas susceptibles d'amélioration thérapeutique. Dans quelques cas, il sera nécessaire de leur apporter une aide *sociale*, soit par le service social du service, soit mieux encore par un service local polyvalent ou spécialisé, mais *le médecin doit éviter en les convoquant de les constituer en invalides partiels.* Confus guéris,

bouffées délirantes effacées, une bonne partie des maniaco-dépressifs et en tout cas la totalité de ces sujets à leur premier accès ne devront être vus au maximum qu'une fois pour authentifier la guérison. Cela postule d'ailleurs qu'au cours du dernier contact à l'hôpital nombre de problèmes annexes, tant purement physiques (envoi au médecin traitant ou à tel spécialiste), que psychologique, aient pu être abordés et résolus dans les limites des possibilités pratiques. Tous ces sujets sont avertis que l'équipe médico-sociale du service est à leur disposition en cas d'urgent besoin ; le recours se fera à l'hôpital en cas d'urgence, au dispensaire si le sujet peut attendre.

Mais aussi devront être éliminés des sujets cependant fragiles, pour lesquels un support psychothérapique serait nécessaire, mais qui investissent dans leurs relations avec le dispensaire un désir trop évident de dépendance. A l'extrême, nous avons ainsi pris de la distance envers deux femmes dont le contact laissait redouter une structure érotomaniaque à l'égard du médecin. Nous avons cru aussi ne pas devoir assumer le rôle de directeur de l'éducation sentimentale de quelques jeunes patientes. Ces situations ne sont en somme qu'un cas particulier extrême d'un fait très général : le malade vient au dispensaire chercher une gratification : de deux choses l'une, ou bien elle coïncide avec le plan psychothérapique et permet l'acheminement vers la liberté, ou bien le sujet se paie ainsi en satisfactions déréelles dont le médecin n'est pas toujours maître, et il importe de couper court avant que le sevrage comporte lui-même des dangers. A diverses reprises, nous avons rencontré une attitude de cet ordre chez des parents de patients (schizophrènes pour la plupart) : depuis l'enfance du malade, il était un objet privilégié de leur comportement pathologique, le malade est interné, il sort, l'attitude parentale n'est pas modifiée pour autant, et l'on vient au dispensaire parler du malade, exposer les rationalisations sur lesquelles on fonde la perpétuation du comportement pathogène à son égard... Le psychiatre, conscient ou non, en sera la caution : « Je l'ai bien dit au docteur ! » Nous avons dû ainsi très rapidement espacer les consultations de tels parents.

Devront être écartés du dispensaire les sujets pour lesquels son fonctionnement ne permet pas d'action utile : l'alcoolique classique qui relève de consultations très fréquentes, se déroulant tout près de son domicile, doit être adressé à une consultation de ce type plutôt que de se voir chroniciser dans son intempérance par un nouvel échec qui justifiera ses prochaines rechutes.

Certains déséquilibrés à troubles du comportement et du caractère ne peuvent trouver à l'hôpital et au dispensaire que des « raisons » de se laisser aller à leurs penchants (maladifs puisque objets de soins) ; en toute bonne conscience, nous avons débarrassé de leur présence leurs camarades, qu'ils importunaient et parfois tentaient d'escroquer.

Quelles catégories de malades avons-nous donc suivies. Ceux *pour lesquels il était impérieusement nécessaire d'utiliser dans un sens psychothérapique les relations nouées au cours de l'hospitalisation.* Un épileptique, dont le traitement a été équilibré, sera suivi en post-cure le temps d'intégrer la discipline de traitement à son rythme de vie et de l'orienter de façon utile vers son médecin traitant (ou à la rigueur un dispensaire), qui le prendra définitivement en charge. Un épileptique ayant un médecin traitant ne sera pas revu en post-cure.

Une très large catégorie de sujets est constituée par les malades à troubles intermittents se manifestant sur une personnalité habituellement perturbée. Ainsi d'un maniaco-dépressif, à périodicité relativement rapprochée, qui attend vertigineusement le retour de la prochaine crise : le dispensaire est le lieu d'élection d'application conjuguée de traitements abortifs ou préventifs, de psychothérapie de renforcement du moi par consolidation de l'activité sociale : carbonate de lithium à faible dose, activité plus réussie grâce à une formation professionnelle accélérée, élucidation de problèmes familiaux au cours des successives consultations. Nous avons évoqué des psychothérapies plus réglées, réalisées en leur temps par Koechlin, alors interne dans le service de Maison-Blanche. Nous avons tendance à ranger dans ce groupe le cas des personnalités schizophréniques traitées deux ou plusieurs fois et progressivement réintégrées dans une existence pragmatique par les efforts conjugués de l'équipe médico-sociale. Nous ne saurions parler en cette matière de réelle technique ; notre pratique, néanmoins, nous impose le rapprochement avec celle de Federn, que nous adhérions toutefois aux schématisations qu'il nous propose.

Dans une communication du 28 avril 1952 devant cette Société (Indications de la sortie des délirants), l'un de nous a suffisamment indiqué les principes de son attitude envers les délirants chroniques pour que nous nous contentions de renvoyer à ce texte. Nous suivons depuis des années, à travers des difficultés diverses, une douzaine de délirants qui sans cela fussent restés internés et pour lesquels l'économie que procure le dispensaire à la collectivité se chiffre par plusieurs millions.

Il va sans dire que, pour nombre de malades, il est parfois nécessaire d'organiser de très brèves hospitalisations permettant de maîtriser par quelques chocs un désordre thymique ou tout simplement de procurer une détente par un bref isolement dans un cadre hospitalier désormais familier. Il nous est arrivé d'avoir recours, pour ce faire, à l'obligeance d'un collègue, assistant à Henri-Rousselle, afin d'éviter un internement, mais les malades préfèrent d'ordinaire le retour au service, même fermé.

Nous devons tout particulièrement signaler l'utilisation favorable du dispensaire de post-cure pour les sujets dont l'alcoolisme n'était qu'une des formes fragiles de réalisation névrotique : telle malade, considérée comme une alcoolique classique vainement traitée en dispensaire spécialisé (Dr Duchêne), puis dans notre service, a été prise

en main en post-cure et le problème d'alcoolisme heureusement résolu alors qu'apparaissaient des déterminations dermatologiques et rhumatologiques variées. Tel Polonais dipsomane bénéficie du dispensaire après échec du dispensaire de buveurs. Telle névrose de couple à expression éthylique relève du seul dispensaire, après que le passage à l'hôpital ait pu être lui-même éprouvé dans un sens thérapeutique dirigé par l'un et l'autre partenaire.

Comme toujours en matière de psychothérapie, le problème le plus délicat est celui de la clôture des soins. D'ordinaire, le rythme des consultations s'espace progressivement et finalement le sujet s'entend inviter à écrire si le besoin se fait sentir ; des lettres lui sont adressées au bout de quelques mois pour lui demander de fournir quelques indications sur son activité.

Dans nombre de cas, il s'agit surtout de confier le malade à un service social local et psychiatrique. Nous devons signaler la difficulté pour le malade à passer du médecin du dispensaire à un autre. En général, lorsqu'il s'agit d'un dispensaire, nos malades se sont trouvés rebutés par les formalités médico-administratives de reprise en charge (interrogatoire par la stagiaire, etc.), qui semblent les rites immuables de la psychiatrie prétendue sociale. Mais surtout le médecin de post-cure bénéficie, par rapport au médecin de dispensaire (l'un de nous est alternativement l'un et l'autre), d'une augmentation considérable de prestige : pour le public parisien, le médecin hospitalier est respecté, l'expression qui conviendrait pour le médecin de dispensaire est nuancée de la condescendance parfois affectueuse qu'on nourrit pour un être besogneux comme soi-même.

A cette activité ordinaire du dispensaire, et comme pour en indiquer les harmoniques, il convient d'adjoindre quelques cas particuliers : bien entendu, aux malades eux-mêmes s'adjoint parfois le conjoint, par exemple éthylique, que le dispensaire tente de sevrer ; mais nous avons aussi cru bon d'accueillir, à la demande de l'une de nos périodiques, et pour consolider et authentifier notre personnage à son égard, un couple voisin que nous continuons à suivre ; enfin, l'un de nous reçoit au dispensaire d'anciennes malades de son service provincial et l'autre y introduit parfois, sur la requête de collègues assistantes sociales, des malades embarrassants pour bilan et orientation (parfois vers l'Admission ou la Colonie familiale).

Restent mal résolus les problèmes médicaux des « correspondants ». En effet, l'aliéniste est ainsi devenu « le médecin », dans toute la force du terme, du malade... Comme un bon omni-praticien, il doit souvent orienter le sujet vers divers spécialistes, endocrinologistes, gynécologues, ophtalmologues, oto-rhino-laryngologues, dermatologistes, etc... (sans parler des consultants naturels, du psychiatre électro-encéphalographe, etc.) : le malade attend du psychiatre du dispensaire d'être adressé à *titre personnel* à un médecin « connu », sous une autre forme que celle de la consultation hospitalière, avec son malmenage anonyme habituel, d'où la nécessité d'un réseau de correspondants

personnels. On comprend la légitimité du souci de E. Toulouse concevant son service de prophylaxie mentale comme un ensemble de consultations couvrant la totalité de la médecine, encore faut-il donner un style humain à un tel service.

Nous pensons que c'est en étudiant l'intervention du service social que nous comprendrons mieux la signification profonde du dispensaire de post-cure.

L'assistante sociale, en face du malade sorti, a souvent une action fort efficace : aide d'orientation, débrouillage de problèmes administratifs de sécurité sociale, de récupération des biens embolisés à la tutelle. Cette action peut se développer en dehors de toute collaboration médicale : l'assistante joue là un rôle simple qu'elle tend à dépouiller de toute autre signification que celle immédiatement manifeste ; le malade, lui, vit cette intervention, tantôt sur ce plan, mais beaucoup plus souvent y investit toutes sortes d'autres situations.

Mais toutes ces démarches faites dans la perspective du travail du dispensaire de post-cure, conçues et maniées par le médecin dans leurs significations variées et variables pour le malade, vont pouvoir jouer un rôle thérapeutique. Cette intégration dans l'activité de l'équipe médico-sociale fournit un facteur de compréhension et de cohérence. Au médecin, sans cela réduit à n'user dans sa psychothérapie que de phantasmes, l'assistante sociale fournit la possibilité d'une action concrète d'une efficacité beaucoup plus rapide.

La façon dont le dispensaire est un lieu d'insertion dans la réalité du monde est illustrée par une situation topique : nous voyons fréquemment des malades amenés à l'Admission par l'assistante sociale du service social d'usines ou d'entreprises ; l'assistante, en l'absence de famille défaillante, signe la demande d'admission ; elle joue un rôle de substitut familial, mais de substitut d'une famille qui, désarmée devant les troubles, consacrant l'aliénation d'un des siens, s'en débarrasse la mort dans l'âme (aussi les assistantes sociales de l'hôpital Henri-Rousselle, confusément conscientes de ce rôle déplaisant, refusent-elles de signer toute demande d'admission... et le malade n'a d'autre ressource que de se faire interner d'office). A l'inverse, l'assistante sociale du dispensaire de post-cure signant la demande d'admission d'un malade suivi, pour obtenir son entrée dans le service où il sera traité, accomplit le contraire d'un geste d'aliénation (et de fait l'assistante sociale de l'Admission est connue pour signer sans réticence nombre de demandes de placements volontaires).

***

Election de quatre membres titulaires

Après lecture du rapport de M. Xavier Abély, au nom d'une commission composée de MM. René Charpentier, J. Delay, G. Heuyer et Xavier Abély, rapporteur, ont été élus *membres titulaires :* MM. André Beley, par 20 voix; Louis Fromenty, par 20 voix ; Pierre Deniker, par 19 voix, et Victor-Jean Durand, par 18 voix, sur 20 votants.

Election de membres correspondants nationaux

Après lecture du rapport de M. M. Bergeron, au nom d'une commission composée de MM. H. Beaudouin, René Bessière et M. Bergeron, rapporteur, M. Robert Volmat est élu *membre correspondant national,* par 20 voix sur 20 votants.

Après lecture du rapport de M. J. Rondepierre, au nom d'une commission composée de MM. M. David, M. Montassut et J. Rondepierre, rapporteur, M. Jean Fraillon est élu *membre correspondant national,* par 13 voix sur 20 votants.

La séance est levée à 18 heures 45.

Le secrétaire général,

Xavier Abély.

SOCIÉTÉS

Société française de neurologie

Séance du 5 mai 1955

Présidence : M. P. MATHIEU, président

Evolution démentielle de deux cas de sclérose latérale amyotrophique accompagnée d'aphasie, par MM. L. Michaux, J.-M. Harl et J. Gruner.

Les auteurs rappellent que des troubles psychiques ont été décrits dans beaucoup d'observations de sclérose latérale amyotrophique ; mais leur type est si variable que, pour de nombreux auteurs, il s'agit de coïncidences. Dans quelques rares observations, l'aphasie a été notée, mais elle n'y représente qu'une composante dans un tableau démentiel. Le processus évolutif est autre dans les deux cas que rapportent les auteurs : l'aphasie précède la démence qui n'est que terminale. Dans l'un d'entre eux, l'examen anatomique a été possible : il montre des lésions encéphaliques diffuses sans la systématisation focale nette que l'aphasie laissait prévoir.

Détection des tumeurs cérébrales par les radio-isotopes, par M. A. Baudouin et Mme Plagnol-Dupeyron.

Les auteurs ont utilisé de la sérum-albumine iodée à 100 et 300 millicuries par cm^3 chez trente malades après avoir bloqué la thyroïde par du lugol. Les détections ont été faites par quinze positions de chaque côté. Des courbes absolues et de pourcentage différentiel ont été établies, des résultats positifs ont été obtenus mais il est impossible de savoir s'il s'agit d'une affinité particulière du tissu tumoral ou de modifications d'ordre vasculaire.

Etude artériographique d'un hématome non anévrysmal, par MM. Th. Alajouanine, J. Nehlil et H. Billet.

Au cours d'un syndrome d'hémorragie méningée avec modification du comportement, les auteurs ont observé une image radiologique de calcifi-

cation plongeant dans la selle turcique. L'artériographie montre un anévrysme de la communicante antérieure, qui semble distinct de la calcification.

Séquelles anatomo-cliniques des thromboses carotidiennes, par MM. R. Lafon, C.-L. Gros, J. Minvielle et B. Vlahovitch.

Etude électro-encéphalographique, ventriculographique et artériographique des séquelles de thromboses carotidiennes. Au point de vue artériographique, la vascularisation de compensation par l'autre côté apparaît satisfaisante, mais elle est seulement théorique et les lésions hémisphériques sont toujours considérables ainsi que le montrent la différenciation dans les tracés de sommeil et l'absence d'aggravation des signes cliniques par l'hémisphérectomie.

Hémiplégie récessive au cours d'une polyglobulie et persistance d'une thrombose de la cérébrale antérieure, par MM. R. Lafon, J.-P. Temple et J. Minvielle.

Observation d'hémiplégie par thrombose de la cérébrale antérieure chez un polyglobulique. Le phosphore radio-actif a entraîné une amélioration clinique du syndrome neurologique, tandis que les signes hématologiques régressaient beaucoup plus lentement. L'étude artériographique après régression montre qu'il existe une compensation circulatoire entre la sylvienne et la cérébrale antérieure. Les anomalies de la paroi carotidienne tortueuse et hélicoïdale ont été notées.

Adénome hypophysaire à développement intra-cérébral. Symptômes neurologiques aberrants, par MM. J. Guillaume et J.-P. Caron.

Observation d'adénome chromophobe révélé par une image de néo-formation de la corne ventriculaire frontale droite à l'artériographie et à la ventriculographie. Cliniquement, il existait un syndrome d'hypertension intracranienne avec troubles oculaires et paralysie faciale. Ce tableau, qui évoquait celui d'une polyencéphalite, semble dû à des troubles anoxiques par réaction de vasa nervorum.

Comas à répétition au cours d'un myxœdème hypophysaire, vérification anatomique, par MM. S. Daum et J. Gruner.

Chez une femme de 32 ans, tableau de myxœdème entrecoupé d'épisodes comateux. Dans les trois années qui ont précédé, la malade a mené à terme, coup sur coup, trois grossesses. L'origine hypophysaire probable incite à pratiquer une ventriculographie qui est normale, mais provoque un coma terminal. L'autopsie vérifie l'origine du syndrome : le lobe antérieur de l'hypophyse envahi par des nodules lymphoïdes et de la sclérose. Bien que l'on soit tenté de faire intervenir avant tout l'hypothalamus dans la pathogénie des comas à répétition, son atteinte histologique est apparue comme insignifiante comparativement à celle de l'hypophyse.

Analyse myographique des électro-encéphalogrammes. La signification des fuseaux réguliers, par M. P. Delmas-Marsalet.

Les procédés d'analyse d'électro-encéphalogrammes assimilent les courants électriques de l'activité nerveuse à une sinusoïde régulière et les additionnent sans tenir compte de certaines impossibilités dues à la période réfractaire. La contraction d'un muscle strié par choc faradique donne un myogramme semblable au courant d'action d'une cellule nerveuse et la phase réfractaire du muscle est la même que celle de la cellule nerveuse. L'addition dans un muscle strié de plusieurs régimes de chocs faradiques permet d'obtenir un résultat superposable à un électro-encéphalogramme normal ou pathologique. Tous les tracés typiques de l'épilepsie ont pu être obtenus. L'auteur montre comment la disposition en fuseau de l'électro-encéphalogramme des sujets normaux représente un mécanisme de protection ; il en résulte des combinaisons d'hyper-potentialité telles que le cerveau s'excite lui-même et fait une manifestation épileptique. L'auteur est ainsi amené à formuler une théorie originale de l'épilepsie essentielle, théorie qui explique le déclenchement des crises et leur reproduction cyclique.

Etude anatomo-clinique d'un cas de pseudo-sclérose de Westphall-Strumpell, par MM. Th. Alajouanine, I. Bertrand, G. Boudin et B. Pépin.

Observation d'une pseudo-sclérose de Westphall-Strumpell accompagnée, dans la période terminale, de troubles cérébelleux et de troubles psychiques. Perturbations très importantes du métabolisme du cuivre, des acides aminés. A l'examen anatomique, à côté de la cirrhose à prédominance épithéliale, incision marginale de la moelle, atypie et hétérotypie des cellules de Purkinje d'origine congénitale, tandis que l'atteinte neurologique prédominait dans le continent pallidal, comme il est habituel dans cette affection.

Guérison spectaculaire par la réserpine, par MM. J. Lereboullet, L. Vidart et Cl.-A. Mstutz.

Malade qui, à la suite d'une amputation des doigts, percevait des doigts fantômes avec des douleurs névralgiques intenses. A ce syndrome s'associait un état dépressif. Un traitement par la réserpine à la dose de 3 mgr. par jour a permis en trois jours la disparition de l'ensemble du tableau clinique. Les auteurs soulignent la rareté d'une guérison aussi rapide et pensent qu'une telle thérapeutique mériterait d'être essayée dans des cas analogues.

Groupement français d'études de neuro-psycho-pathologie infantile

Séance du 16 mai 1955

Présidence : M. A. TOURNAY, président

Étude de classes d'amblyopes, par M. Clément Launay et Mme Delthil.

Cette étude, qui porte sur 50 enfants de 7 à 18 ans, montre les difficultés d'interpréter les données des examens psychologiques chez ces sujets : les résultats de leurs tests sont très dispersés, avec un avantage paradoxal en faveur des épreuves verbales. Il existe malgré tout un nombre notable de débiles intellectuels et de dyslexiques. Du point de vue affectif, les inhibitions de comportement qu'on observe souvent peuvent être levées par la fréquentation d'une classe spécialisée ; mais la solution américaine de la classe spécialisée à mi-temps paraît des plus intéressantes. Les enfants étudiés avaient une acuité visuelle, après correction, comprise entre 1/10 et 3/10.

Rapports de la gaucheté avec l'accouchement par le siège et l'ictère congénital, par M. J. Dublineau et Mme Soboul.

A propos de l'observation d'un couple de jumelles, dont l'une accouchée par le siège était gauchère, les auteurs étudient dans 44 cas les rapports possibles entre la gaucheté et l'accouchement par le siège. Ils trouvent 15 cas de gaucheté sociale et 27 cas de gaucheté par la mesure, soit 50 % des cas par cette méthode. D'une manière générale, il semble exister une forte indifférenciation de la latéralité en cas d'accouchement par le siège. Les auteurs estiment que chez les gauchers comme chez les femmes qui accouchent par le siège, il existe des traits morphologiques identiques, en particulier l'effacement de l'ensellure lombaire normale. De même, peut être notée l'importance de l'ictère congénital dans les antécédents des gauchers. Les auteurs présentent en conclusion l'hypothèse suivante : un interrogatoire méthodique sur les antécédents des enfants examinés en psychiatrie infantile permettrait, si l'on trouvait la notion d'accouchement par le siège ou d'ictère congénital, de prévoir la gaucheté et ses conséquences psycho-pathologiques et sociales.

Essais sur la main en dysgénèse de l'image de soi, par M. A. Tournay et Mme Albitrotia.

La rééducation de la main pose des problèmes difficiles chez les encéphalopathes, à cause du déficit dans les praxies, le rythme, etc. On peut par-

fois mettre en évidence le syndrome de Gerstmann (Fingeragnosie). De fait, les troubles des premières années de la vie semblent pouvoir gêner la constitution des images de soi. Dès 1922, l'un des auteurs avait publié un mémoire sur un cas « d'agnosie transitoire des membres supérieurs chez un enfant en bas âge ». Il existe une asymétrie dans la vision des mains, dont la disparition est parallèle à celle du signe de Babinski. La kinesthésie des mains est intégrée avant leur vision et doit faire l'objet d'une rééducation privilégiée chez les encéphalopathes.

Les réactions névrotiques de culpabilité et les activités auto-punitives après renonciation à l'anorexie intentionnelle, par M. Léon Michaux et Mlle C. Juredieu.

Parmi les candidats malheureux à l'anorexie mentale, certains se résignent ; d'autres présentent des idées d'auto-accusation et une aspiration à l'expiation. Cette deuxième éventualité semble dépendre de quatre facteurs: 1) la motivation des restrictions ; celles-ci sont parfois secondaires à des idées d'auto-accusation dont elles apparaissent la sanction ; l'impunité liée à l'échec des restrictions ne fait qu'accroître le sentiment de culpabilité ; mais il est probablement des cas où ce dernier, vraiment secondaire, dépend seulement de la renonciation à la sous-alimentation ; 2) le caractère public du programme des restrictions ; 3) les incidences mystiques du sacrifice alimentaire ; 4) le terrain mental. Les activités auto-punitives résident habituellement en polyphagie avec goinfrerie ; l'organisme s'y associe souvent, ainsi que des auto-dépréciations esthétiques et sociales ; *l'indignité accrue devient sa propre expiation.*

S. Lebovici.

Société suisse de médecine interne. 23e Assemblée annuelle

Genève, 14-15 mai 1955

L'INSUFFISANCE HYPOPHYSAIRE

L'insuffisance hypophysaire, par M. H.-L. Shaham (de Liverpool).

La cause de l'insuffisance hypophysaire vraie (qui n'est pas l'anorexie mentale), c'est la destruction du lobe antérieur de la glande pituitaire. Le plus souvent, il s'agit de nécrose ischémique chez la femme après un accouchement compliqué de choc ou d'hémorragie importante. Il faut corriger

certaines erreurs : la cachexie hypophysaire n'existe pas, c'est une maladie imaginaire ; dans l'insuffisance hypophysaire vraie, l'état de la nutrition est suffisant. D'autre part, il n'y a pas de progeria. Certains signes de l'hypopituitarisme évoquent ceux du myxœdème, mais ils pourraient correspondre plutôt à l'insuffisance surrénalienne. Leur correction nécessite l'emploi simultanée de la cortisone et de la thyroïdine. La pâleur caractéristique tient, en grande partie, à la destruction de l'hypophyse. Il y a, généralement, oligurie, supprimée par la cortisone. Les modifications des électrolytes, assez modérées, sont diversement influencées par l'A.C.T.H. et la cortisone. Les androgènes manquent complètement, d'où disparition de la pilosité.

L'anorexie mentale, par M. W. Löffler (de Zürich)

Il faut distinguer une forme passive et une forme active avec vomissements volontaires, emploi de purgatifs. Tantôt il s'agit de jeunes filles de 16 à 25 ans, tantôt de malades autour de la cinquantaine. Les facteurs psychiques en cause sont nombreux ; la symptomatologie est riche. Le diagnostic doit se faire avec les maladies de Simmonds, de Sheehan, d'Addison, les états de famine. Pour le traitement, l'isolement et la psychothérapie sont les éléments essentiels. Le pronostic est assez favorable.

Psychogénèse et traitement de l'anorexie mentale, par M. Charles Durand (de Prangins).

Il s'agit d'un trouble des conduites alimentaires en rapport avec certaines valeurs psychologiques : affectives, esthétiques, éthiques. La psychogénèse peut admettre un facteur régressif. Cliniquement, il convient de distinguer une forme psychotique, une forme névrotique, une forme conflictuelle. Leur traitement est variable. La forme psychotique (schizophrénie, mélancolie) répond aux méthodes de choc ; la forme névrotique (obsessionnelle, hystérique) à l'électro-choc, à la narco-analyse, à la cure de sommeil, à la psychanalyse. La forme conflictuelle, enfin, nécessite l'isolement et la psychothérapie (de la malade et du milieu).

Insuffisance hypophysaire post-opératoire, par M. R. Luft (de Stockholm).

L'auteur étudie les insuffisances endocriniennes survenant après hypophysectomie pratiquée chez des malades atteints de cancer du sein et de diabète sucré grave.

Pathologie des aspects neurologiques et psychiatriques dans quelques manifestations carentielles avec troubles digestifs et neuro-endocriniens, par M. François Martin (de Genève).

Deux cas d'anorexie mentale sont rapportés avec très forte cachexie, souffrance neuronale diffuse, réaction gliale discrète, lésions vasculaires. Les altérations sont diffuses mais surtout marquées dans la couche profonde du cortex. Ce sont des lésions tardives, irréversibles. Elles expliquent que, dans un stade tardif, s'associent aux facteurs psychogénétiques des troubles secondaires importants.

Troubles métaboliques dans l'anorexie mentale,
par MM. Cl. Wild, B.-R. Scazziga et Cl. Reymond (de Lausanne).

Il y a, dans l'anorexie mentale, mauvaise utilisation des acides aminés et du glucose, d'où baisse du métabolisme basal. Mais les fonctions thyroïdiennes sont normales au test du radio-iode. La thyroïde réagit par un mécanisme compensateur des troubles métaboliques et du dysfonctionnement hépatique.

Etude de la fonction thyroïdienne dans l'anorexie mentale,
par MM. P. Galletti et A. Labhart (de Zürich).

La dissociation entre un métabolisme basal abaissé et des fonctions thyroïdiennes normales tient peut-être aux standards adoptés pour la surface corporelle. Il faut calculer la corrélation entre le métabolisme (exprimé en cm^3 d'oxygène ou en calories) et les paramètres de la configuration corporelle. Ceci permet de préciser si l'abaissement du métabolisme basal dans l'anorexie mentale est réel ou fictif et d'en mesurer le degré.

L'équilibre acide-base dans l'anorexie mentale et dans l'état de famine aigu, par MM. D. Staehelin, K. Reber et R. Bühlmann (de Zürich).

Dans les états aigus de famine, il y a acidose ; dans l'anorexie mentale, alcalose avec hypokaliémie. Cette dernière correspond à un bilan négatif chronique du potassium.

V.-J. Durand.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Réunion psychiatrique de Strasbourg-Nancy

Séance du 7 mai 1955

Présidence : M. le Docteur M. HACQUART (de Nancy)

Alternance de deux personnalités dans un délire de persécution, par MM. Th. Kammerer, L. Israël et R. Dorey (de Strasbourg).

Présentation d'un cas de délire chronique de persécution avec syndrome d'influence ayant mené à une tentative de suicide par section des vaisseaux du cou. Après la tentative, le malade cache et le délire et la tentative ; il donne des explications fantaisistes de la plaie qu'il attribue, tantôt à une suite d'interventions chirurgicales, tantôt à un accident du service militaire. Episodiquement, sous l'effet d'une charge anxieuse particulièrement intense, le malade revit délire et tentative. Ces deux aspects alternent et donnent une teinte thymique très particulière à ce malade, en permettant de le comparer à la psychose maniaco-dépressive et aux psychoses réactionnelles.

Une tentative de suicide au rimifon, par MM. M. Hacquart, Arnould, J. Henry et J. Mercier (de Nancy).

Observation d'un jeune garçon de 20 ans, diabétique équilibré avec 20 unités d'insuline qui, au cours d'un accès dépressif, tente de se suicider en absorbant, en moins d'une heure, 100 comprimés de rimifon. Substitution immédiate à l'humeur dépressive d'un état d'exaltation hypomaniaque, avec reprise immédiate de l'appétit, et hypo-glycémie à 0,50. Cette observation semble bien mettre en évidence l'action euphorisante directe du médicament sur l'hypothalamus.

A propos du symbolisme dans un délire érotique et mystique, par MM. L. Singer, Mlles Cl. Felsenstein, J. Nicolas et M. Y. Becker (de Strasbourg).

Observation d'une femme atteinte de délire éroto-mystique et de persécution, dont le personnage principal est un berger qui suscita d'abord chez

elle une passion amoureuse puis devint son persécuteur : faux-prophète, magicien, démon qui lui a jeté un sort et l'a ensorcelé. La malade lit sans arrêt l'Apocalypse pour être exorcisée et pour trouver l'explication du personnage du berger. Le contenu symbolique de ce délire peut être considéré comme une tentative d'échapper à la culpabilité que la malade ressent à éprouver des désirs interdits par son éducation et sa religion.

A propos du régime de semi-liberté des malades internés à l'hôpital psychiatrique de Lorquin, par M. G. Boittelle, M^me^ Cl. Boittelle-Lentulo, MM. J. Forget, A. Antoine et Ruyer (de Lorquin).

Communication concernant le changement d'atmosphère à l'hôpital psychiatrique de Lorquin, en particulier du fait de l'expérience de semi-liberté pratiquée avec des malades régis par la loi de 1838 et qui s'étend sur une période de six ans. Les auteurs insistent sur la possibilité de généraliser ces expériences dans les établissements situés assez loin des grandes villes. Une telle expérience ne peut être pratiquée que si le personnel y est bien préparé, et les auteurs mettent l'accent sur la nécessité, non seulement d'un enseignement tel que le conseillent les directives ministérielles, mais encore sur l'utilité des contacts permanents entre médecin et personnel, sous la forme de réunions destinées à étudier de concert les problèmes qui se posent pour l'établissement.

Quelques considérations sur l'alcoolisme chronique chez la femme, par M^me^ Kastler-Maitron (de Stephansfeld).

Etude d'une série de 69 malades. L'auteur insiste sur les causes de l'alcoolisme chez la femme : importance du terrain psychologique (anomalies héréditaires, psychoses, terrain névrotique, troubles endocriniens), facteurs exogènes (nocivité du milieu familial, absence de parents, entraînement, profession, chocs affectifs et conflits familiaux). La relative rareté de l'alcoolisme chez la femme par rapport à sa fréquence chez l'homme tient à diverses causes : chez l'homme, l'alcoolisme est beaucoup plus un phénomène de groupe et d'autre part l'exemple d'une femme qui boit encourage beaucoup moins l'imitation que celui de l'homme.

Un cas de syndrome de Crouzon associé à une myopathie ; trépanation des canaux optiques, par MM. Th. Kammerer, L. Singer, A. Dany, M^me^ Thiébaux et M. A. Wackenheim (de Strasbourg).

Malade de 30 ans avec syndrome de Crouzon typique (oxycéphalie, malformations faciales, troubles oculaires et caractère familial). L'intérêt de l'observation ressort d'une part de l'association d'un tableau clinique et électro-myographique de myopathie et d'autre part de l'intervention neurochirurgicale (trépanation des canaux optiques), qui permit de constater l'existence d'une arachnoïdite opto-chiasmatique et amena la disparition des céphalées et une amélioration subjective.

Automutilation oculaire dans un cas de mélancolie,
par MM. A. Wackenheim, Y. Becker et J. Nevers (de Strasbourg).

Automutilation oculaire dans un cas de mélancolie chez une femme de 43 ans. Il semble qu'une expérience de mutilation oculaire vécue dans l'enfance soit responsable du choix des yeux pour l'automutilation mélancolique dans ce cas. Les cas d'automutilation oculaire signalés dans la littérature sont peu nombreux. Les auteurs n'ont pas trouvé d'observation similaire à la leur.

A propos d'une observation, par M. G. Boittelle, Mme Cl. Boittelle-Lentulo, MM. M. Ruyer, A. Dany et J. Forget (de Lorquin).

Les auteurs présentent un malade éthylique qui leur fut adressé pour subcoma belladoné. Au réveil, ils constatent la présence d'un syndrome d'hémihypoesthésie gauche à tous les modes de sensibilité superficielle avec intégrité de la sensibilité profonde associé à des phénomènes de dysesthésie et d'hyperpathies, de nombreuses cicatrices de brûlure sur le membre supérieur droit ainsi que des automutilations au couteau qui avaient fait antérieurement conclure à des manifestations psychogènes. L'origine de ces troubles remonterait à six mois et ils seraient apparus quinze jours après une tentative de suicide par absorption d'alcool et d'espéral. Dans sa jeunesse, le malade avait présenté une fracture de la base du crâne. En plus du syndrome hémiplégique, le malade note depuis quelques mois un engraissement excessif et une forte baisse des fonctions sexuelles. Au point de vue psychique, il présente un léger syndrome frontal, qui contraste avec les fréquentes tentatives de suicide.

L'intérêt résidait dans le diagnostic étiologique où pouvait intervenir, soit le traumatisme antérieur, soit des manifestations pithiatiques cependant peu probables. Les auteurs envisageaient comme plus vraisemblable la possibilité d'un accident retardé des réactions antabuse-alcool, quand l'encéphalographie gazeuse et l'artériographie mirent en évidence la présence d'un processus de néo-formation dans la région temporale droite.

Les rémissions thérapeutiques tardives. Catamnèse d'une série de 60 cas,
par M. Ch. Feuillet, Mlle Th. Dampt et M. M. Mercier (de Nancy).

L'objet de cette enquête porte sur 60 cas de rémissions survenues après une durée d'évolution psychotique ininterrompue d'au moins trois ans. Les auteurs constatent que ces rémissions se sont produites en plus grand nombre chez les schizophrènes. La catamnèse, faite avec un recul maximum de huit ans et minimum de deux ans, livre une proportion satisfaisante de résultats cliniques compatibles avec une vie sociale normale.

Sur l'utilisation de la réserpine en thérapeutique psychiatrique,
par M. H. Maurel et Mlle Wilhelm (de Rouffach).

D'après 60 observations, les auteurs exposent les résultats de leur expérimentation de la réserpine en thérapeutique psychiatrique. Sur 13 cas d'accès maniaques typiques, ils ont constaté dix guérisons rapides et deux amé-

liorations ; sur quatre cas de bouffées délirantes polymorphes, quatre guérisons stables. Dans la mélancolie, les résultats furent moins constants : on observa une diminution de l'anxiété, mais le recours à l'électro-choc fut, en définitive, nécessaire. La réserpine se révéla un excellent médicament symptomatique des états d'agitation confusionnelle, démentielle, maniaque, schizophrénique. Sur vingt cas de schizophrénie traités, dix-huit bénéficièrent de la thérapeutique (sédation de l'agressivité, du maniérisme, du négativisme, de l'impulsivité, atténuation de l'activité hallucinatoire) ; mais les rechutes furent constantes après l'interruption du traitement. La posologie habituellement efficace oscille entre 10 et 18 mgr. par jour. Les incidents sont rares et bénins : somnolence légère, diarrhée, tremblement. Deux syndromes parkinsoniens typiques et complets, constitués au cours du traitement, cédèrent à l'arrêt de la médication. Une augmentation de poids souvent importante et rapide fut notée dans 86 % des cas. La valeur thérapeutique de la réserpine semble pouvoir être comparée à celle de la chlorpromazine.

Présentation de quelques cas de syndrome de Korsakoff post-traumatique, par MM. L. Israël, A. Dany et P. Geissmann (de Strasbourg).

Les auteurs rapportent cinq cas de syndrome de Korsakoff post-traumatique typique dans lesquels on a pratiqué des encéphalographies gazeuses ou des examens ou interventions neuro-chirurgicales. Dans tous les cas (deux hydromes sous-duraux gauches, deux hématomes sous-duraux gauches, un abcès), on a pu mettre en évidence le développement d'une dilatation ventriculaire rapidement évolutive. Les auteurs émettent l'hypothèse d'une relation entre cette atrophie rapide et l'installation d'un syndrome de Korsakoff.

Étude électro-encéphalographique de 18 cas de paralysie générale, par MM. Fr. Rohmer, L. Israël et A. Wackenheim (de Strasbourg).

Les auteurs étudient les corrélations électro-cliniques dans dix-huit cas de paralysie générale typique et constatent que les anomalies électro-encéphalographiques les plus fréquentes sont les rythmes rapides (huit cas), les rythmes lents (six cas) ou l'association de ces demi-rythmes pathologiques (trois cas). Les cas de paralysie générale comprenant une augmentation du nombre des cellules du liquide céphalo-rachidien ont tous un tracé fortement perturbé. Dans les cas de rythme rolandique inhabituel (« arceaux » ou rythmes rapides), il y a toujours un signe d'Argyll-Robertson. Enfin, les cas de paralysie générale avec euphorie altèrent plus profondément le tracé électro-encéphalographique que ne le font ceux qui s'accompagnent de dépression.

Il n'y a pas de corrélation électrique avec l'association de tabès ou avec l'atrophie cérébrale de ces cas de paralysie générale.

L. Singer.

Réunion neurologique helvéto-belge et 76e Assemblée de la Société suisse de neurologie

(Palais des Thermes d'Ostende, 11-12 juin 1955)

Séance du 11 juin 1955

Présidence : M. le professeur E. FRAUCHIGER, président (de Bâle)

Rapport

La toxoplasmose humaine et animale, rapport présenté par MM. Bamatter (de Genève), R. Fankhauser (de Berne) et Roth (de Bâle).

Le point de vue *clinique* est exposé par M. Bamatter, qui ne reprend pas la question dans son ensemble pour se limiter aux apports récents. Il insiste sur l'importance probable de la voie digestive et de la viande de porc dans la transmission de la toxoplasmose, sur l'importance du caractère plus ou moins massif de l'infection. La forme congénitale est moins fréquente qu'on ne l'a cru jadis ; l'infection est le plus souvent acquise et la forme ganglionnaire est plus fréquente qu'on ne le pensait. L'orateur discute la fréquence relative des différents symptômes, la valeur relative du Dye-test et de la réaction de fixation du complément, la signification des signes liquidiens, les difficultés du diagnostic anatomo-pathologique de l'affection. Il illustre son exposé de nombreux documents, et à propos des anomalies dues à la toxoplasmose, il relate un cas médico-légal intéressant dans lequel un médecin fut emprisonné sous l'accusation d'avoir écrasé la tête d'un nouveau-né atteint en réalité de pseudo-anencéphalie par toxoplasmose.

L'existence d'une forme de toxoplasmose chronique purement oculaire est soulignée et l'orateur termine par la projection d'un film en couleur sur les troubles moteurs dans trois cas de toxoplasmose congénitale.

La question de la *toxoplasmose animale* est exposée par M. R. Fankhauser, qui fait l'historique de la découverte des toxoplasmes. C'est une maladie très répandue dans le monde entier ; tous les animaux domestiques peuvent en être atteints, surtout les chiens et les lapins, mais le chien ne jouerait pas de rôle important dans la propagation de l'affection. Les tests sérologiques peuvent être négatifs dans des cas de toxoplasmose évidente et ils peuvent être positifs chez des sujets qui paraissent sains. La résistance considérable de l'homme à cette infection est probable. L'orateur décrit les principaux symptômes cliniques et anatomo-pathologiques de l'affection.

Les *propriétés du toxoplasme,* les *méthodes de laboratoire* pour le mettre en évidence et l'épidémiologie sont envisagées par M. Roth. La morphologie

et le mode de propagation de ce protozoaire, qui se multiplie exclusivement à l'intérieur de la cellule vivante, sont démontrés par de nombreux documents. L'orateur insiste sur la nécessité de pratiquer toujours les deux réactions : Dye-test et fixation du complément ; il décrit les méthodes d'inoculation à la souris et d'examen des divers tissus. La présence d'anticorps a été décelée chez plus de 50 % des adultes suisses, mais l'affection est généralement inapparente et seul le syndrome clinique est décisif au point de vue du diagnostic. L'épidémiologie reste obscure ; on ignore comment l'infection atteint l'homme. Le contact avec les animaux domestiques et surtout avec les lapins joue un rôle certain, en raison de la grande fréquence de l'infection chez les éleveurs et les chasseurs de lapins. Malgré la fréquence de l'infection, la maladie reste rare.

COMMUNICATIONS

Altérations de l'électro-encéphalogramme dans les cas d'embryopathie (toxoplasmose, rubéole), par M. M. MONNIER (de Genève).

L'auteur a examiné trois cas de syndrome de Sabin et Feldmann et deux cas d'embryopathies par rubéole. Malgré les grandes difficultés d'interprétation des tracés et la nécessité d'étudier séparément les enfants très jeunes, ceux de 3 à 4 ans et ceux qui arrivent à l'âge scolaire, l'auteur croit pouvoir démontrer que l'agent pathologique attaque le tissu cérébral de façon diffuse, rarement focale ; il perturbe la synergie des deux hémisphères et augmente les asymétries normales, il modifie le développement et la différenciation du rythme alpha. Il y a d'autre part une discordance énorme entre l'importance des symptômes cliniques et la discrétion des altérations électro-encéphalographiques, comme si le cerveau s'adaptait en raison du caractère diffus de l'attaque. Les autres encéphalopathies sont plus perturbatrices.

L'électro-encéphalographie dans les toxoplasmoses,
par MM. J. FRANÇOIS, R. STEFFENS et A. DE ROUCK (de Gand).

Les auteurs rapportent 28 observations, qui montrent que l'électro-encéphalogramme, pris au stade de séquelles, peut être normal ou sub-normal, mais on observe souvent des rythmes lents. On n'observe jamais de dysrythmies diffuses comme dans les séquelles d'autres affections cérébrales.

Toxoplasmose oculaire congénitale, par M. J. FRANÇOIS (de Gand).

L'auteur a observé vingt-sept cas dont un subaigu et vingt-six au stade de séquelles. La rétinite nécrosante ou choroïdite sont les lésions les plus fréquentes et elles sont bilatérales dans la moitié des cas. C'est presque toujours la région maculaire qui est atteinte (80 % des cas). L'auteur décrit plusieurs formes de ces foyers de chorio-rétinite et il indique la fréquence relative des autres signes oculaires, tels que strabisme interne ou externe, microphtalmie uni- ou bilatérale, atrophie optique, irido-cyclite, ainsi que des signes extra-oculaires, comme les calcifications cérébrales.

Étude anatomo-clinique d'un cas de toxoplasmose, par MM. Bernier M. Brihaye-Van Geertruyden, P. Danis et R. Parmentier (de Bruxelles).

Relation du cas d'un enfant de campagnards né à terme qui présenta, à partir de la 4e semaine, des signes d'hydrocéphalie à progression rapide, et des foyers de chorio-rétinite. Les tentatives de drainage échouèrent et l'enfant mourut à 4 mois. Des formations pseudo-kystiques sans réaction gliale furent mises en évidence et il existait une épendymite granuleuse obstruant l'aqueduc de Sylvius. Des pseudo-kystes furent trouvés également dans la surrénale. L'inoculation de liquide céphalo-rachidien à la souris avait confirmé le diagnostic de toxoplasmose.

Séance du 12 juin 1955

Présidence : M. le professeur M. MINKOWSKI (de Zurich).

Physiologie et pathologie du corps calleux, rapport présenté par MM. F. Bremer, J. Brihaye et G. André-Balisaux (de Bruxelles).

La signification fonctionnelle du corps calleux est restée inconnue jusqu'il y a quelques années. Mc Culloch disait encore plaisamment en 1949 que la seule fonction du corps calleux qu'il connaissait était celle de transmettre une perturbation épileptique d'un hémisphère à l'autre.

Ce sont principalement les techniques d'enregistrement oscillographique qui ont permis d'aborder l'étude de la physiologie des commissures interhémisphériques.

Après un rappel des données anatomiques (anatomie comparée et ontogénèse, origine neuronique des fibres callosales et distribution intra-corticale de leurs terminaisons, relations topologiques, problème de la suppléance par les autres commissures), les rapporteurs exposent les résultats des recherches récentes sur la signification fonctionnelle du corps calleux, tant par l'expérimentation sur l'animal que par l'étude de la symptomatologie de la section chirurgicale ou de la destruction du corps calleux chez l'homme, ainsi que par celle des données de l'électro-encéphalographie clinique.

Cette riche moisson de faits permet quelques conclusions et hypothèses dont nous ne pouvons citer ici que les plus importantes. La précision homotopique des liens créés par les connections callosales entre des aires homologues du néocortex est révélée par l'électro-physiologie, qui montre en outre que les influx commissuraux se distribuent principalement aux couches supérieures de l'écorce.

Les influx callosaux facilitent la réponse sensorielle de l'écorce aux influx issus d'un noyau thalamique, ce qui indique qu'une fonction importante du corps calleux pourrait être la dynamogénèse réciproque d'aires corticales symétriques. Ceci expliquerait l'asthénie cérébrale, qui a souvent été décrite comme un des symptômes de l'atteinte commissurale.

Mais la fonction qui apparaît actuellement comme la plus significative du corps calleux est celle d'assurer le transfert des acquisitions mnésiques d'un hémisphère à l'autre. Ces acquisitions résultant d'un transfert inter-hémisphérique, sont conservées après section du corps calleux, ce qui indique une des raisons possibles de l'absence de symptomatologie clinique des destructions calleuses.

Malgré les hypothèses séduisantes issues des observations anatomo-cliniques, il ne paraît pas possible actuellement d'accorder à la grande commissure callosale un rôle important dans l'intégration perceptuelle et praxique, même chez l'homme, où la dominance d'un hémisphère semblerait rendre la nécessité de cette intégration par voie commissurale particulièrement impérative.

Communications

Le syndrome de Marchiafava,
par MM. M. Jequier (de Lausanne) et E. Wildi (de Genève).

La description de cette affection est basée sur l'étude de 71 cas, dont deux femmes seulement. Il s'agit toujours d'alcooliques chroniques présentant des troubles psychiques graves. Anatomiquement, il s'agit d'une démyélinisation du corps calleux et des autres commissures. Les auteurs discutent les possibilités du diagnostic clinique, l'étiologie alcoolique et la pathogénie vasculaire des lésions.

Agénésie du corps calleux, par MM. J. Brihaye, P. Gillet, R. Parmentier et A. Peetrons (de Bruxelles).

Relation du cas d'un bébé de 3 mois atteint d'un volumineux kyste arachnoïdien associé à l'agénésie du corps calleux. Les auteurs montrent l'aspect asymétrique de l'écartement des ventricules latéraux à la radiographie, ayant permis le diagnostic du kyste. Ils discutent l'influence de l'agénésie du corps calleux sur le syndrome épileptique.

Agénésie du corps calleux diagnostiquée par la radiographie,
par M. Verspreeuwen (d'Anvers).

Relation du cas d'une jeune fille de 27 ans, épileptique depuis l'âge de 13 ans, chez laquelle la ventriculographie met en évidence un écartement caractéristique des ventricules. Etude électro-encéphalographique du cas, qui ne présente pas d'autres anomalies cliniques que l'épilepsie.

Agénésie du corps calleux, par M. N. Henneaux (de La Hestre).

Etude anatomo-clinique du cas d'un enfant de 6 mois, présentant des crises épileptiques subintrantes, issu d'une famille dans laquelle les anomalies morphologiques sont nombreuses et qui présente lui-même de grosses dysmorphoses : retard de soudure de la ligne axiale, division palatine, soudure de plusieurs côtes, atrophie optique du côté gauche. L'encéphalographie a

montré des ventricules écartés et, à l'électro-encéphalogramme, une absence de latéralisation de certaines réactions. L'examen anatomique confirma l'absence de corps calleux et ne révéla pas la cause de l'épilepsie.

Quelques cas de tumeurs du corps calleux,
par M. P. Van Gehuchten (de Louvain).

Relation de huit cas démontrant les difficultés du diagnostic et la gravité du pronostic des tumeurs de la région calleuse, ainsi que la fréquence du syndrome mental neurasthéniforme.

Méningiome du confluent sinus longitudinal inférieur-sinus droit,
par MM. J. Van Laere (de Courtrai) et G. Hoffmann (de Gand).

Ce méningiome, nourri par l'artère cérébrale postérieure, était niché dans la partie postérieure du corps calleux. Description de la symptomatologie et des résultats opératoires.

J. Ley.

ANALYSES

LIVRES, THESES, BROCHURES

PSYCHIATRIE

Le test de Rorschach et la personnalité épileptique, par J. Delay, professeur de clinique des maladies mentales et de l'encéphale à la Faculté de Paris, directeur de l'Institut de psychologie, membre de l'Académie de médecine, P. Pichot, médecin assistant des hôpitaux de Paris, chargé de conférences à l'Institut de psychologie, Th. Lempérière, chef de clinique et J. Perse, chef de laboratoire de psychologie à la clinique des maladies mentales et de l'encéphale. (1 vol. n° 8, 220 pages, Presses universitaires de France, Paris 1955.)

Il serait superflu de rappeler l'intérêt manifesté depuis l'antiquité à l'égard de la personnalité épileptique, l'abondance des travaux dont elle fut l'objet, la diversité des conclusions des auteurs. Diversité que de récentes et nombreuses techniques d'examen n'ont fait qu'affirmer en soulignant la complexité du problème des épilepsies.

Passant rapidement sur les travaux anciens, MM. J. Delay, P. Pichot, T. Lempérière et J. Perse montrent ensuite combien diffèrent les théories modernes selon que leurs auteurs considèrent la personnalité épileptique comme innée ou primitive, qu'ils l'envisagent dans une perspective psychanalytique, qu'elle leur apparaît soit comme réactionnelle, soit comme une manifestation de lésions organiques, soit comme une conséquence de la toxicité des médicaments utilisés, ou encore selon que les auteurs considèrent la personnalité épileptique comme étant l'épilepsie elle-même, ou comme étant une manifestation essentielle de l'épilepsie temporale. Si, de tous ces travaux et de ces différents points de vue, se dégagent assurément des traits psychopathologiques communs, les divergences d'interprétation ne sont pas moins marquées. D'où l'intérêt d'une étude expérimentale permettant de déterminer la constance ou la fréquence des modifications psychologiques, leurs rapports avec les variétés cliniques envisagées, le rôle de divers facteurs dans l'apparition et le développement des différents traits observés. Tant d'un point de vue général que pour la précision du diagnostic individuel, l'utilisation du test de Rorschach est apparue comme la meilleure méthode.

De nombreux auteurs et Rorschach lui-même ont utilisé ce test pour l'étude de la personnalité épileptique. On trouvera ici une excellente pré-

sentation chronologique de ces travaux et de leurs résultats, suivie d'une intéressante analyse critique et d'un tableau des variables contrôlées dans les différents travaux. Un chapitre de synthèse permet ensuite de conclure à l'existence d'une personnalité épileptique constituée d'éléments névrotiques, d'importants éléments organiques, d'éléments constitutionnels non absolument démontrés, et de dégager certaines particularités du diagnostic chez l'adulte. Chez l'enfant épileptique, s'il est probable que jouent dans la formation de la personnalité les mêmes facteurs que chez l'adulte, « la démonstration définitive reste encore à apporter ».

La troisième partie du livre contient les résultats des recherches personnelles des auteurs, l'examen de 50 malades pour lesquels le diagnostic clinique d'épilepsie avait été confirmé par l'électro-encéphalographie. Après un exposé des caractères cliniques (âge, sexe, début et durée de la maladie, niveau intellectuel, étiologie et localisation, troubles du caractère) présentés par ces malades, les auteurs s'attachent à l'étude des protocoles des tests de Rorschach et, pour cette étude, retiennent surtout quatre facteurs principaux : 1) type de résonance intime et somme des réponses Couleur ; 2) signes organiques (Piotrowski) ; 3) signes épileptiques (Piotrowski) ; 4) « liens » (Mme Minkowska). Ils examinent ensuite les rapports entre eux des facteurs étudiés dans le Rorschach ainsi que les relations entre les caractéristiques cliniques des épileptiques et les facteurs isolés au test de Rorschach. Des observations cliniques illustrent les deux types extrêmes ainsi retrouvés dans les protocoles épileptiques : sujets à personnalité coartée ; sujets à personnalité extratensive. Ces deux pôles correspondent à des formes cliniques et étiologiques différentes, les épileptiques idiopathiques étant en général coartés, les épileptiques traumatiques en général extratensifs. « L'épileptique idiopathique tend à avoir une personnalité coartée qui, en restreignant sa réactivité émotionnelle, lui permet une adaptation sociale satisfaisante. L'épileptique traumatique et psychomoteur tend au contraire à présenter une personnalité fortement extratensive, d'une réactivité émotionnelle excessive et inadaptée, entraînant une inadaptation sociale liée aux troubles du caractère de type impulsif-explosif. » D'autres éléments peuvent naturellement se surajouter et il ne s'agit là que de deux pôles extrêmes, mais cette importante conclusion suffit à montrer l'intérêt d'un livre qui en comporte beaucoup d'autres, appuyées de démonstrations expérimentales et cliniques, de schémas, de tableaux, et que termine une abondante bibliographie.

Cette application du test de Rorschach à l'étude de la personnalité épileptique souligne l'intérêt d'une méthode, utile à la fois aux recherches psychologiques et psychopathologiques, au diagnostic psychiatrique, au pronostic d'adaptation sociale.

René Charpentier.

Psychopathologie clinique (Klinische Psychopathologie), par Kurt Schneider (de Heidelberg). (4e édition, 1 volume, 188 pages, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1955).

L'ouvrage, dont la première édition remonte à 1935, réunit divers travaux de l'auteur, plus ou moins anciens, centrés autour du problème des personnalités psychopathiques.

Tout d'abord, sont envisagés la systématique clinique et le concept de

maladie : système de la psychopathologie clinique (concept de psychose, celle-ci pouvant être la conséquence d'une maladie ou d'une malformation somatique ou psychologique) ; concept de maladie en psychiatrie, dont la base doit être purement médicale ; passages entre anomalies et maladies ; rapports entre schizophrénie et cyclothymie.

Un important chapitre est consacré aux personnalités psychopathiques, l'auteur donnant sa célèbre classification : psychopathes hyperthymiques, dépressifs, doutant d'eux-mêmes, fanatiques, orgueilleux égocentriques, à humeur labile, explosifs, pervers, abouliques, asthéniques. L'auteur critique les typologies psychopathiques, montrant que les types psychopathiques ne sont pas toujours des éléments diagnostiques suffisants et qu'il faut connaître les limites du concept.

Plus loin sont considérées les réactions vitales anormales : la réaction vitale (Erlebnis reaktion) constitue une réaction affective motivée et significative à un événement. Elle peut être anormale par sa durée, son intensité, son retentissement. Il peut y avoir réaction à des événements extérieurs ou à des conflits internes. La tristesse, la peur, l'angoisse surtout, interviennent dans les diverses réactions de la personnalité avec apparition de névrose de caractère et de perturbations du comportement.

Les rapports entre les divers types d'oligophrénie et les psychoses sont étudiés, avec critique de la notion d'intelligence, description des degrés d'arriération, analyse structurale des psychoses, qui peuvent survenir chez les infirmes mentaux.

Un chapitre est dédié à la structure des psychoses à fondement somatique : concept de psychose à base organique, notions de symptômes obligatoires et de symptômes facultatifs. Il faut insister surtout sur les formes aiguës, l'auteur réfutant le concept de réactions exogènes de Bonhoeffer, puis considérer les formes chroniques et les troubles mentaux de l'épilepsie. Sous le titre : « Données psychiques et diagnostic psychiatrique », sont évoqués surtout les problèmes posés par la cyclothymie et la schizophrénie : diagnostic psycho-pathologique : notion de psychose endogène, troubles de la perception, de la pensée (obsession, délire), des sentiments, des pulsions et de la volonté, du moi, de la mémoire, de la capacité de réaction psychique, de la conscience, de l'intelligence, de l'expression ; classement ordonné des symptômes pour l'établissement du diagnostic ; signes schizophréniques du premier rang (écho de la pensée, hallucinations auditives verbales, troubles cénesthésiques, vol de la pensée, syndrome d'influence, troubles de la perception) ; analyse diagnostique des états dépressifs ; étude des cas intermédiaires.

En appendice, est faite une esquisse de la psychopathologie des affects et des instincts : notion d'affect, affects somatiques, affects psychiques et leurs anomalies respectives ; affects et instincts : instincts corporels et instincts psychiques et leurs troubles correspondants ; dynamique des instincts ; rapports avec la volonté.

Le livre dans lequel sont développées les conceptions bien connues de l'auteur sur les problèmes de psychopathologie et de psychopathogénie se termine par une bibliographie assez abondante et un index analytique.

V.-J. Durand.

Constitution et caractère (Körperbau und Charakter), par Ernst KRETSCHMER (21e-22e édition, 1 volume, XIV-444 pages. Springer Verlag, Berlin-Göttingen-Heidelberg, 1955).

Depuis son apparition en 1931, le célèbre ouvrage « Körperbaù ùnd Charakter » s'est enrichi, à chaque édition, des données de la littérature mondiale et des travaux de l'école du maître de Tübingen. Les 21e et 22e édition, établies sur un texte élaboré au printemps 1954, ont vu plusieurs chapitres s'étendre et se développer.

La première partie, « la constitution », s'ouvre par un chapitre de méthodologie, étudiant les schémas de constitutions, les signes morphologiques à rechercher. Puis sont décrits les types des constitutions : leptosome (asthénique), athlétique, pycnique, ainsi que les corrélations avec les formes circulaires et schizophréniques, s'appuyant sur un riche appareil statistique. Le troisième chapitre est consacré aux formes du visage et du crâne : types de visage des schizophrènes asthéniques : profil anguleux, profil à long nez, à ovale raccourci ; type de visage des schizophrènes athlétiques : ovale pur, tête haute et solide ; type des circulaires pycniques : pentagonal plat. Un chapitre est dédié aux propriétés cutanées et au revêtement pileux. Puis est faite une étude de quelques types spéciaux dysplasiques : A) groupe des géants eunuchoïdes : croissance exagérée avec crâne en forme de tour, masculinisme ; B) groupe des obésités et dyslipoïdies endocriniennes ; C) groupe des infantiles et des hypoplasiques : type facial hypoplasique, acromicrie, hypoplasie du tronc. Le sixième chapitre comporte une description des fonctions végétatives et endocrines, ainsi que des modifications métaboliques dans leurs rapports avec la constitution : étude expérimentale, fonctions des vaisseaux, affections internes et constitution, psychoses et affections internes, glandes endocrines et psychoses endogènes, instinct sexuel dans les psychoses endogènes. Le dernier chapitre évoque les importants problèmes posés par l'établissement de la constitution : association, entrecroisement, échange de types constitutionnels, facteurs exogènes, rapports avec la race.

La deuxième partie, « le tempérament », commence par une recherche caractérologique familiale : types de famille schizophrénique, de famille circulaire avec tempérament excité, de famille circulaire avec tempérament dépressif, transmission collatérale de traits schizoïdes, dispositions héréditaires concurrentes, études chez les jumeaux, pronostic héréditaire chez les schizoïdes schizophrènes, fréquence des schizophrènes et des schizoïdes parmi les enfants des schizophrènes, partage social des familles de maniaco-dépressifs, traits pré-psychotiques des schizophrènes hospitalisés. Ensuite sont étudiés les tempéraments cycloïdes : proportion diathésique, position sociale, tempopsychique et psycho-motilité, variantes cycloïdes, types particuliers, variétés hypomaniaques calmement satisfaite, coléreuse. Dans les deux chapitres suivants sont décrits les tempéraments schizoïdes : développement vital, proportion psycho-esthésique, position sociale, expression et psycho-motilité, tempopsychique ; groupe surtout hyperesthésique : type sensible, type aristocratique à la sensibilité fine et froide, type idéaliste pathétique ; groupe froid et à la sensibilité diminuée ; type du despote froid, type emporté-engourdi, flâneur. Ensuite sont envisagés les types moyens cyclothymiques et schizothymiques ; parmi les premiers : excités bavards, humoristes calmes, sensibles calmes, accommodants agréables, pra-

tiques, actifs ; parmi les seconds : sensibles raffinés et délicats, idéalistes éloignés du monde, égoïstes et dominateurs froids, secs et engourdis. Un appendice est consacré au psycho-diagnostic par le jeu (en particulier le dessin). Puis sont décrits les tempéraments visqueux des athlétiques : caractéristiques sensorielles, intellectuelles, affectives, théorie du tempérament athlétique, maladies des athlétiques. Un chapitre important concerne la psychologie constitutionnelle évolutive : apparition des grandes formes constitutionnelles et des variantes dysplasiques, problème de la maturation : formes endocriniennes abortives et diencéphaloses (variantes constitutionnelles compensées et décompensées, dystrophies pubérales, tempéraments de formes endocriniennes abortives), variante de la constitution sexuelle, variantes du degré et du tempo de maturation. Plus loin, est faite une étude expérimentale de psychologie profonde: systématique des résultats de psychologie sensorielle et intellectuelle (méthodes de recherche, liens entre constitution, personnalité et psychose, résultats concernant la sensibilité à la couleur et à la forme, phénomène de dissociation, persévération, données constantes), psycho-motricité (étude du graphisme, courbes différentes chez les pycniques, les leptosomes, les athlétiques), affectivité. Un court chapitre est dédié aux rapports entre constitution et fonction productive, en particulier réussite scolaire. Sont alors longuement considérées les relations entre la constitution et la criminalité : criminalité totale, problème du retard, types spéciaux des actes antisociaux, diagnostic multi-dimensionnel du criminel, comparaison entre meurtres accomplis par un leptosome, un athlétique et un pycnique. Se basant sur des travaux antérieurs de l'auteur, le dernier chapitre de la deuxième partie, « les génies », passe en revue quelques personnalités de premier plan, de types cyclothymiques et schizothymiques, envisage la création artistique, les types de savants et d'érudits, de chefs et de héros.

La troisième partie, assez courte (une vingtaine de pages) étudie de façon synthétique la théorie des tempéraments et des types, distinguant soigneusement : constitution, caractère, tempérament ; les principes de la typologie sont intégrés dans l'ensemble des données biologiques actuelles. Tout au long de l'ouvrage sont rapportées de nombreuses observations personnelles rendant plus vivantes les descriptions qu'illustrent encore 81 figures. Une bibliographie de 41 pages serrées termine le livre.

V.-J. Durand.

NEUROLOGIE

Le syndrome de Kojevnikoff, épilepsie partielle continue, par Jean-F. Dereux, interne des hôpitaux psychiatriques de la Seine. (1 brochure in 8°, 120 pages, Amédée Legrand et Cie édit., *Thèse*, Paris 1955).

Intéressant travail du Centre neuro-chirurgical des hôpitaux psychiatriques de la Seine (sous la direction du professeur agrégé M. David), consacré à l'étude historique, clinique, électro-encéphalographique, anatomo-pathologique et thérapeutique d'un syndrome peu fréquent caractérisé par l'association à des crises bravais-jacksoniennes de clonies unilatérales, continues, rythmées, pouvant durer pendant des semaines et même pendant des années. De l'étude de 102 observations, dont 37 observations détaillées antérieure-

ment publiées par divers auteurs et de 4 observations personnelles (un de ces cas a pu être suivi pendant sept ans et un autre pendant cinq ans), M. J.-F. Dereux conclut que le syndrome de Kojevnikoff peut être considéré, non comme appartenant au groupe des épilepsies-myoclonies, mais comme une forme de l'épilepsie bravais-jacksonienne. Poly-étiologique, ce syndrome a une grande valeur localisatrice contro-latérale. A la suite de ses examens, l'auteur attribue l'origine de ce syndrome à un processus cortico-sous-cortical étendu anatomiquement, ou du moins fonctionnellement : les crises focales relevant d'une participation corticale, les myoclonies dépendant d'un entraînement sous-cortical. Résultats statistiques, constatations électro-encéphalographiques et anatomo-pathologiques, de même que les résultats d'une thérapeutique symptomatique ou de la décortication sont donnés à l'appui de cette théorie, laquelle est en faveur de l'unité profonde, sous une apparente dualité, du syndrome de Kojevnikoff.

René Charpentier.

Introduction à la neurologie clinique infantile (Introduzione alla neurologia clinica infantile), par Marino Benvenuti (d'Arezzo). (1 volume, xii-148 pages, Edizioni « Omnia Medica », Pise, 1954).

L'étude de la neurologie infantile, et tout particulièrement celle du nouveau-né et du nourrisson, offre des difficultés spéciales liées à l'évolution des structures nerveuses et à la variabilité des signes cliniques. Le présent ouvrage vise à faciliter l'exploration neurologique du premier âge. Retraçant, tout d'abord, le développement anatomo-physiologique du système nerveux, après la naissance, l'auteur indique ensuite les normes séméiologiques générales. Puis il passe en revue les étapes de l'examen neurologique (attitude, motilité spontanée, tonus et force musculaire), avant de décrire les signes correspondant aux différents segments corporels : axe du corps (tête et cou, face, tronc), membres supérieurs, membres inférieurs. Un chapitre est consacré à l'examen de la sensibilité, particulièrement difficile dans le jeune âge : sensibilité générale, tactile, thermique, douloureuse, profonde; organes des sens : appareils visuel, auditif, gustatif, olfactif. L'ouvrage se termine par un rappel de l'évolution de la motilité chez le nourrisson dans ses rapports séméiologiques, avec étude de la statique de la tête, de l'activité praxique de la main, de la station debout et de la marche libre. A chaque page, l'auteur donne toutes les précisions nécessaires pour l'exploration correcte du système nerveux, en évitant des erreurs de technique qui seraient cause de résultats sans valeur. Il montre aussi combien sont variables les opinions sur la signification diagnostique de certains signes, combien doit être prudente l'attitude du clinicien pour l'interprétation de certains réflexes ou de certaines particularités du comportement neurologique. S'appuyant sur une riche expérience personnelle et sur une étude approfondie de la littérature, l'ouvrage est illustré de 85 figures (essentiellement des photographies) et se termine par une abondante bibliographie.

V.-J. Durand.

PSYCHANALYSE

Alfred Adler et son œuvre, libération du complexe d'infériorité, par Hertha Orgler. (1 vol., 316 pages, *traduit de l'anglais* par Madeleine Dreyfus, *Préface* du professeur Jean Lhermitte, membre de l'Académie de médecine, librairie Stock édit., Paris 1955).

« L'on ne saurait trop insister, croyons-nous », écrit dans l'intéressante préface de ce livre le professeur Jean Lhermitte, « sur l'abîme qui sépare la doctrine psychologique ou l'enseignement d'Adler d'avec celui de Freud ». Moins dogmatique, plus humaine, optimiste, la psychologie individuelle d'Adler insiste sur l'importance de l'étude de l'individu comme unité indivisible mais aussi par rapport au monde. Dans des pages qui, à chaque moment, reflètent son admiration, dans un livre plein de faits, un peu touffu peut-être et qui n'exclut pas les redites, Mad. Hertha Orgler fait revivre de façon saisissante la vie d'Alfred Adler et les étapes de sa formation, de son évolution vers une conception particulière de la vie. Elève de Freud, Adler ne put « accepter la doctrine des impulsions sexuelles comme bases de la vie psychique d'un individu névrosé ou normal ». Pour lui, toutes les manifestations de la vie d'un être humain sont dirigées vers un but et les trois voies d'accès à sa vie psychique sont : la position de l'enfant par rapport à ses frères et sœurs ; les souvenirs d'enfance ; les rêves. Création du style de vie, le rêve « ne peut être isolé et doit toujours être considéré en rapport avec le rêveur et avec la situation dans laquelle celui-ci se trouve au moment du rêve ». Mettant en évidence l'importance d'une infériorité organique et de ses compensations psychiques, Adler montra qu'un complexe d'infériorité peut résulter chez l'enfant, non seulement des infériorités des organes, mais aussi des gâteries ou, au contraire, de la négligence. Il fit voir l'importance d'en découvrir la source et indiqua la façon dont un complexe d'infériorité peut se cacher derrière un complexe de supériorité.

L'esprit social, l'exercice d'un métier, le comportement à l'égard de l'amour et du mariage sont trois grands problèmes posés par la vie et c'est la réponse que leur apporte l'individu qui permet le mieux de le comprendre. Des erreurs éducatives et des solutions fausses données à ces problèmes de l'existence résultent des situations qu'aide à comprendre et à redresser la psychologie adlérienne : enfants difficiles, crime, névrose, protestation masculine (effort, de l'homme ou de la femme pour être particulièrement masculin), prostitution, homosexualité, sadisme, masochisme, fétichisme.

S'élevant contre la trop grande importance accordée à l'hérédité et au milieu, Adler insiste sur le fait que seules sont héréditaires les aptitudes et non les traits de caractère eux-mêmes, que l'influence indéniable du milieu est loin d'être décisive, que l'être humain construit sa propre unité, son « style de vie » en utilisant comme éléments ses possibilités congénitales et les expériences qu'il a vécues.

De nombreux faits, cités en exemples, illustrent ce livre, qui témoigne d'une grande expérience personnelle de la doctrine adlérienne. La dernière partie en montre l'application pratique en matière de pédagogie, de rééducation ou de psychothérapie. Qu'il s'agisse des délicats problèmes posés par l'éducation, du rôle éducatif de la mère, la psychologie adlérienne s'adresse

aux maîtres comme aux parents, insistant sur la nécessité de comprendre l'enfant en profondeur, de le juger non sur les actes mais sur leurs causes, leurs origines, sur le besoin de tendresse de l'enfant, sur la situation spéciale qui résulte de la date de naissance de l'enfant parmi ses frères et sœurs. Sans jamais instituer de méthode psychothérapique rigide, Adler attribue au psychothérapeute un rôle de conseiller dont les tâches successives sont d'établir un contact avec le malade, de déceler ensuite les erreurs de son style de vie, puis d'encourager le malade et, en dernier lieu, de l'aider à développer son esprit social. Des documents montrent comment Adler appliquait lui-même cette méthode thérapeutique.

Les derniers chapitres contiennent l'exposé de la diffusion progressive de la psychologie individuelle et une étude de la riche personnalité de son créateur dont l'œuvre, pleine de compréhension, de largeur de vue et de bonté, intéresse à la fois la psychologie, la médecine, la pédagogie, la sociologie, la criminologie, et mériterait d'être en France, sinon mieux connue au moins pratiquée davantage. Aussi faut-il remercier Mad. Madeleine Dreyfus, du groupe adlérien de Paris, d'avoir donné du livre si vivant et si démonstratif de Mad. Hertha Orgler une très opportune traduction.

René Charpentier.

PROBLÈMES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

Vocation de la médecine française, par le Dr René Biot. (1 vol., 220 pages, in Collection « Le sel de la Terre », éditions d'histoire et d'art, librairie Plon, Paris 1955).

En rappelant dans ce livre les origines et quelques-unes des grandes heures qui honorent la médecine française, le Dr René Biot s'attache avant tout à en marquer l'originalité et à en dégager les perspectives d'avenir. C'est comme garant d'un avenir qu'il annonce et prépare que le passé est ici invoqué. Riche passé que celui qui, partant de l'enseignement de la médecine dans les universités de Paris et de Montpellier au XIIe et au XIIIe siècles, rejoint, par Guy de Chauliac et Ambroise Paré, les grandes figures de Laënnec, de Claude Bernard, de Pasteur et de ses continuateurs, A. Laveran, Charles Richet, Félix d'Hérelle, Alexis Carrel. De ces maîtres et de leur œuvre, comme de Philippe Pinel et de J.-M. Charcot, M. René Biot trace un vivant portrait. En pleine période révolutionnaire, Philippe Pinel sut donner à la médecine mentale et à l'assistance aux aliénés des assises scientifiques et humaines. Un siècle plus tard, J.-M. Charcot créait la neurologie moderne.

Sociale, la médecine française le fut toujours. Qui, plus que le médecin, est en contact avec la misère humaine, avec toutes les formes de la misère ? Quel cœur lui faudrait-il pour n'en pas comprendre les souffrances, les besoins, pour n'en pas imaginer les remèdes ? A Louis-René Villermé, A.-N. Gosselet, médecin-chef de l'hôpital des aliénés de Lille en 1844, M. René Biot rend l'hommage qui leur est dû, avant de rappeler les noms et l'œuvre de médecins philosophes, parmi lesquels ceux de Cabanis, de Paul-Joseph Barthez, de Claude Bernard et de son élève P. Morat.

Ainsi, d'étapes en étapes, dans des directions diverses mais toutes convergentes vers l'Homme physique et moral, vers l'Homme aussi élément social, s'est constituée la médecine française, en contact étroit avec les apports exté-

rieurs, la médecine étant universelle comme le sont elles-mêmes les maladies humaines. Depuis un demi-siècle cependant, profitant du progrès général des sciences, la médecine s'est transformée. Les conditions de son exercice se sont profondément modifiées, en particulier sous l'influence des améliorations sociales, de la spécialisation, de la nécessité d'appareils modernes de diagnostic, de l'importance croissante de la médecine de groupe, des frais qu'entraînent actuellement pour le malade les progrès des techniques de diagnostic et de traitement. Déjà préfiguré, l'avenir tend vers l'exercice d'une médecine de plus en plus spécialisée et collective avec dépersonnalisation croissante du malade et du médecin, limitation progressive de l'individualisme médical, de l'indépendance du médecin, disparition ou raréfaction du médecin de famille, augmentation du temps passé à la rédaction de formalités administratives, attirance de plus en plus marquée des jeunes médecins vers les loisirs respectés, le traitement fixe, la retraite assurée, le fonctionnarisme, avec le danger aussi d'une médecine de série, plus scientifique peut-être que celle de naguère, mais peut-être aussi moins humaine. Pourtant, qui pourrait prévoir un avenir professionnel lui-même sous la dépendance des progrès et des novations de la médecine et de la chirurgie, de l'hygiène, de la prophylaxie, s'accordant aux modifications sociales en cours ?

Une grande ombre au tableau, à juste titre relevée par le Dr René Biot, est la crainte de l'amenuisement menaçant de cette règle absolue, conséquence du contact direct et intime entre médecin et malade, qu'est le secret professionnel. Son importance si évidente, individuelle, familiale, sociale, diagnostique, thérapeutique, prophylactique, l'a jusqu'à ce jour fait respecter pour l'essentiel malgré ses conflits avec d'autres nécessités prophylactiques et sociales. Il reste au premier rang de ces exigences, auxquelles M. René Biot consacre le dernier chapitre de son beau livre, et qui tiennent autant au caractère unitaire et indissociable de l'être humain qu'aux impératifs de la solidarité sociale. Exigences essentielles qui, dans l'avenir comme par le passé, expriment la vocation de la médecine française.

René Charpentier.

Médecine et guérison, par le R. P. Beirnaert, s. j., le Dr R. Biot, le professeur G. Boumard, les Drs M. Eck, P. Galimard, J.-J. Gillon, l'Abbé M. Oraison, les Drs G. Richard et E. Sivrière. (1 vol. 250 pages, in Collection « Convergences », éditions Spes, Paris 1955).

Après un intéressant avant-propos, dans lequel le Dr René Biot invite le médecin à réfléchir sur le problème de la guérison, ce nouveau livre de l'actif « Groupe lyonnais d'études médicales, philosophiques et biologiques », dont le Dr René Biot est l'animateur, débute par l'étude due au professeur Georges Boumard, d'Angers, des *aspects somatiques et psychiques de la guérison*, de ses conditions, de son maintien. Le Dr Gabriel Richard expose ensuite quels sont les *aspects* biologiques de la guérison humaine et les attitudes possibles de l'homme pour guérir ou pour mourir, après avoir consacré un chapitre à des aperçus généraux sur la vie et ses modalités réactionnelles ; il y met en relief le rôle du malade dans « la tâche essentielle d'accomplir, de parachever surtout en lui et par lui l'œuvre de la guérison ». Evoquant *la doctrine hippocratique du respect des évolutions morbides et des forces spontanées de guérison*, les conditions aussi de son adaptation à la médecine moderne, le Dr Pierre Galimard rappelle que les œuvres du

Maître de Cos « sont remplies non seulement de cas cliniques fort bien observés mais d'indications de traitements, de remèdes, d'interventions diverses ». En conclusion, c'est « l'heure du thérapeute qu'il faut saisir à temps et ne pas laisser passer ».

Des méthodes de guérison, celle peut-être qui pose le plus de problèmes, est la *guérison chirurgicale* depuis « la révolution intellectuelle introduite dans l'art chirurgical », par le professeur Leriche. Tout imprégné de son œuvre et de ses techniques, le Dr Georges Huc étudie la réalité, le champ, les conditions, les suites de la guérison chirurgicale, certaine, mais qui, n'étant scientifiquement, jamais parfaite, « expose à des risques inéluctables dus à la nature humaine et individuelle de l'opéré ». Si les psychiatres, et en particulier les anciens aliénistes français ont, depuis longtemps, depuis toujours, prôné et pratiqué *la thérapeutique, donc la guérison par le travail,* cette notion a trouvé plus récemment son application au cours de maladies générales de longue durée, telles que la tuberculose, la poliomyélite, les affections rhumatismales, etc. Des problèmes nouveaux, d'importance individuelle et sociale, se sont ainsi posés, qu'examine dans le chapitre suivant le Dr Edouard Sivrière : activités diverses au cours de la maladie, réadaptation, rééducation, post-cure, etc. Le Dr Marcel Eck expose ensuite quelles sont les possibilités et les limites d'une thérapeutique psychologique, des *guérisons psychologiques* dont il rapporte des exemples et discute la valeur, la portée, la solidité.

Mais une étude sur la guérison, ses aspects, ses modalités diverses serait incomplète si n'était envisagé *le problème des guérisseurs.* Le R.P. Beirnaert s'attache à mettre en relief la complexité de la question. Réservant toute appréciation sur la valeur des guérisons qu'ils invoquent, l'auteur examine les moyens mis en œuvre par les guérisseurs, montre leur parenté avec le rituel thérapeutique du chamanisme, relève l'importance des facteurs émotionnels, le rôle possible de l'intégration ou de la réintégration dans un ordre religieux, cosmique et social. Examinant les rapports des guérisseurs avec la médecine dite officielle, le R.P. Beirnaert insiste, en conclusion, sur la nécessité pour le médecin d'une « étude attentive des facteurs émotionnels en relation avec les maladies fonctionnelles », et sur la restauration par la médecine psycho-somatique d'une unité que certains, peut-être, avaient perdu de vue.

Médecin inspecteur du travail, le Dr Jean-Jacques Gillon montre, par *les aspects sociaux de la guérison,* combien pèsent lourdement sur les conséquences de la guérison les impératifs sociaux, les heurts entre les intérêts de l'individu et ceux du groupe dans lequel il se trouve inséré. Après avoir situé la guérison, vue objectivement par le médecin et par le psychologue, et le décalage possible entre la guérison médicale et la guérison psychologique, il étudie la guérison vue par le malade et les règles de conduite qui en résultent, tant pendant la maladie qu'au moment de la guérison, en complément de l'action thérapeutique habituelle. Du point de vue social, l'évolution de la notion de guérison, l'évolution de la notion de consolidation, l'étroite liaison de la réadaptation, tant à l'apprentissage d'un nouveau métier qu'à des lésions particulières, peuvent placer des considérations économiques et sociales sur le même plan que les appréciations médicales, parfois même au-dessus d'elles. D'où la nécessité du travail en commun de tous les organismes intéressés.

Ce nouveau et très intéressant volume du Groupe lyonnais se termine par des pages dans lesquelles M. l'Abbé Marc Oraison, docteur en médecine et

docteur en théologie, expose comment, en des modalités différentes mais non sans analogies, *guérison et conversion* « signent une victoire sur la déchéance et le désespoir ». Précisant analogies et différences, la valeur aussi de la guérison, « fin relative, bien que nécessairement et ardemment recherchée », il conclut que « la conversion consiste à se réintroduire à chaque occasion, par l'esprit et par la Foi, dans le véritable sens de la marche du monde ».

René Charpentier.

THÉRAPEUTIQUE

Evolution de la thérapeutique des délires aigus alcooliques, par Roger Planche. (1 brochure, 76 pages, Imprimerie R. Foulon, *thèse*, Paris, 1955).

Cette thèse s'appuie sur les essais thérapeutiques utilisés dans le service de neuro-psychiatrie du centre hospitalier régional de Clermont-Ferrand, sous la direction du professeur Pommé. Rappelant, dans son introduction, que la présente étude porte sur les 381 cas, hospitalisés dans le service de janvier 1950 à décembre 1954, la fréquence des entrées augmentant sensiblement, l'auteur indique le plan de son travail.

La première partie de celui-ci est consacrée à l'étude clinique. Un court historique précède l'évocation des problèmes étiologiques et pathogéniques. Il est possible d'admettre : 1) des troubles dysmétaboliques, caractéristiques de la phase d'alcoolisme chronique ; 2) des agressions indéterminées, dans la phase de pré-delirium ; 3) des signes de décompensation brutale des mécanismes régulateurs diencéphaliques, dans la phase de delirium tremens. Dans le chapitre séméiologique, l'auteur distingue : le délire trémulant ou delirium tremens, aspect le plus fréquent ; le délire suraigu, encéphalite foudroyante; la confusion mentale simple, forme mineure. Il en décrit les signes, citant, au passage, quelques observations.

La seconde partie, la plus importante, est consacrée à la thérapeutique. Après un historique des traitements de l'alcoolisme aigu et subaigu, sont envisagées : la vitaminothérapie, puis les méthodes de sommeil provoqué et d'hibernothérapie, avec rappel de plusieurs observations personnelles. Un chapitre est consacré à la lutte contre l'œdème cérébral, élément important de la cure ; un autre, à la nécessité de combattre les défaillances cardio-vasculaires, surrénales et hépatiques. Dans l'ensemble, en 1950 et 1951, le traitement appliqué a été surtout une vitaminothérapie B1 et PP intensive ; les années suivantes, une application des neuroplégiques, associée à la lutte contre l'œdème cérébral et les déficiences organiques. La strychnine n'a pas été employée. De toute façon, une surveillance étroite et permanente est nécessaire pendant la cure. Les progrès réalisés ont permis de réduire la mortalité : 17 % en 1951, 3 % en 1954. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Rapports de la cinquième semaine psychothérapique de Lindau 1954 (Die Vorträge der 5 Lindauer Psychotherapiewoche 1954), publiés par Ernst Speer. (1 volume, 180 pages, Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1955).

Du 3 au 8 mai 1954, a eu lieu à Lindau, la cinquième semaine psychothérapique, au cours de laquelle fut célébré le 70e anniversaire du professeur

J. H. Schültz. L'organisateur de cette réunion, le professeur Ernst Speer, publie ici les rapports présentés. Ils se divisent en trois grandes parties. La première : « Contributions au développement de la psychothérapie médicale », comprend des travaux : de T. Bazzi (de Rome) sur la position de l'Italien à l'égard de la névrose et de la psychothérapie, montrant le faible développement de la psychothérapie et surtout de la psychanalyse dans la péninsule, par scepticisme, extraversion et individualisme ; de Paul Bjerre (de Varsta, Suède), sur l'obsession et l'angoisse du point de vue de la psychosynthèse, toute obsession étant une limitation de liberté, l'angoisse représentant une réaction contre cette contrainte ; de Félix Boehm (de Berlin-Wilmersdorf), sur le développement historique de la psychanalyse, retraçant quelques grandes étapes de son évolution ; de G. R. Heyer (de Nussdorf am Inn), sur les routes et les changements de la psychothérapie, évoquant les conceptions des principales écoles psychanalytiques ; de Laforgue (de Casablanca), qui rappelle quelques souvenirs personnels sur Freud, en particulier sur sa position en face des problèmes religieux ; de W. Th. Winkler (de Tübingen), sur les buts de la psychothérapie, indiquant qu'une psychanalyse non directive est une illusion, envisageant les diverses méthodes de traitement.

La deuxième partie, « Psychothérapie infantile », est composée de rapports : d'Adolf Friedemann (de Biel, Suisse), sur l'analyse infantile sans interprétation, avec étude du cas d'un enfant de 12 ans ; de Wilhelm Grobe (de Nüremberg), sur la psychothérapie dans les conseils aux éducateurs et aux parents ; de Heinrich Koch (de Tübingen), sur les exigences actuelles dans la psychothérapie de l'âge évolutif, rappelant quelques textes législatifs récents de l'Allemagne fédérale ; de G. A. Roemer (de l'Institut médico-psychologique Tutzing), sur la signification du sentiment corporel pour l'éducation à l'âge évolutif ; de W. Schraml (de Mannheim), sur les méthodes de la psychothérapie infantile, montrant ses conditions spéciales, décrivant les techniques applicables, soit aux parents, soit aux enfants eux-mêmes ; de Gerdhild von Staals (de Berlin-Ruhleben), sur les relations psychologiques profondes dans les névroses infantiles et leur traitement en pratique médicale.

La troisième partie, enfin, consacrée aux « dommages possibles par l'exercice de la psychothérapie médicale », comprend des exposés : de Berthold Kihn (d'Erlangen), sur les échecs en psychothérapie du fait de la personnalité du médecin, indiquant bien des difficultés du rôle de ce dernier ; de Johann H. F. Otto (de Westerland-Sylt), sur les incidents qui peuvent venir du malade lui-même dans la cure de maladies internes, avec évocation des différentes attitudes possibles prises par le patient à l'égard de son mal ; d'Eberhard Schaetzing (de Berlin), sur les erreurs et les dommages d'une gynagogie mal comprise ; de J. H. Schültz (de Berlin), sur les troubles de la santé qui peuvent survenir après hypnose et autogene training, l'auteur rappelant les moyens de les éviter ; de Hans Strotzka (de Vienne), sur les erreurs et les échecs dans les analyses abrégées (possibilité de suicide, d'aggravation de l'état mental, de changement du tableau psychique, de libération de l'agressivité ; altérations des rapports familiaux ou sociaux). Presque tous les rapports se terminent par de courtes bibliographies.

V.-J. Durand.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

Névrose et création, par le professeur Jean Delay. (19 pages in *Comptes rendus de la 52e session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française*, Masson et Cie édit. Paris 1955.)

Ce gros volume dans lequel M. P. Cossa a réuni les comptes rendus de la session tenue en 1954 à Liége par le congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française contient le texte intégral du très intéressant discours inaugural prononcé par le professeur Jean Delay, président du congrès, discours consacré à l'exposé des *relations entre la névrose et la création.* Dans quelle mesure un déséquilibre peut-il favoriser l'activité créatrice, et celle-ci instaurer dans la personnalité un équilibre nouveau ? Pour répondre à ces deux questions distinctes mais complémentaires, le professeur Jean Delay, étudiant d'abord le rôle des névroses de caractère, examine les cas de Nietzsche, de Flaubert, de Dostoïevsky. Il montre comment tous trois illustrent, à des titres divers, le rôle des facteurs névrotiques dans la formation de la personnalité et dans la genèse de l'œuvre qui en est l'expression, le rôle de l'angoisse, rôle initial, mais aussi l'influence de la façon personnelle de réagir à l'angoisse, le rôle des mécanismes de défense.

Examinant ensuite le second aspect du problème, et par quels mécanismes la création peut entraîner une libération, le professeur Jean Delay rappelle les origines anciennes des modes de psychothérapie les plus modernes. « Les psychothérapies scientifiques ne font que reproduire, par des méthodes qui leur sont propres, des résultats depuis longtemps acquis dans des expériences individuelles, plus ou moins privilégiées, que la nature a déjà produites. Elles ne font qu'imiter mais souvent sans savoir ce qu'elles imitent. » Pour illustrer la variété des procédés de libération psychologique spontanément mis en œuvre par l'art littéraire, il choisit trois exemples dans ces genres divers que sont le journal intime, la fiction romanesque et la création poétique : Amiel, dont le journal intime traduit la psychasthénie et le narcissisme, et se présente, à ses yeux mêmes, comme un véritable exercice de psychothérapie ; André Gide et la fonction libératrice du double romanesque; le surréalisme poussant jusqu'à l'extrême la théorie d'une libération psychologique obtenue grâce à l'état second et à l'écriture automatique. De la fonction cathartique de l'art ne doivent être méconnues ni la valeur, ni non plus les limites.

En conclusion de ce beau discours présidentiel, qu'il faut lire en entier, « un déséquilibre peut favoriser l'activité créatrice et celle-ci instaurer un équilibre nouveau ».

René Charpentier.

Méthodes d'enseignement en psychiatrie (Teaching methods in psychiatry), par W. M. Millar (d'Aberdeen). (*British Journal of Medical Psychology*, vol. 27, nos 1-2, 1954, p. 30-36).

Rappelant les buts à atteindre pour l'enseignement de la psychiatrie, l'auteur décrit les méthodes possibles, prenant comme exemple l'organisation des cours à l'Université d'Aberdeen. Il compare la valeur respective des diverses formes : leçons magistrales, démonstrations par petits groupes, études de malades confiées aux étudiants sous surveillance. Il y a intérêt à rendre l'enseignement aussi vivant et pratique que possible, à utiliser des films, des enregistrements d'interrogatoires, à adopter toujours une attitude critique. Pour montrer les réactions des étudiants, l'auteur reproduit les réponses données à un questionnaire précisant leur position à l'égard des problèmes psychiatriques.

V.-J. Durand.

La pathologie classique et ses contradictions (La patologia clasica y sus contradicciones), par José Torres Norry (de Buenos Aires). (*Revista latino americana de psiquiatria*, 3e année, no 10, janvier 1954, p. 1-10).

Depuis le début du siècle, la pathologie classique, statique, de caractère surtout matérialiste, a été très attaquée. L'auteur expose quelques-uns des arguments qui lui ont été opposés et décrit les principes essentiels des conceptions nouvelles : tendances dynamiques, existentialistes plutôt qu'essentialistes, anthropologiques, spéculatives, subjectives et synthétiques. De profonds remaniements ont été provoqués par les modifications de la physique, en particulier par la théorie des quanta, ainsi que par le développement de la psychanalyse.

V.-J. Durand.

De nouveaux plans psychiatriques (Dos nuevos planteos psiquiatricos), par Fernando Gorriti. (*La semana medica*, Buenos-Aires, 60e année, no 3104, 9 juillet 1953, un extrait de 4 pages).

A l'aide de quelques exemples, l'auteur montre l'intérêt qu'il y aurait à introduire dans le plan des études psychiatriques, d'une part, la connaissance des phénomènes « paranormaux » décrits par lui antérieurement et, d'autre part, les notions de philosophie qui faciliteraient la compréhension et l'appréciation des manifestations psychiques.

V.-J. Durand.

Les affections neurologiques et psychiatriques au Congo belge, par Paul Verhaegen. (*Acta neurologica et psychiatrica Belgica*, février 1955).

Résumé d'une expérience acquise au cours d'un séjour de deux années (1951-1953) au Bas-Congo : trypanosomose, syphilis méningée, ascaridiose, filariose, actinomycose, lèpre, tuberculose, tétanos, poliomyélite, herpès zoster, encéphalites à virus, traumatismes du névraxe, maladie de Little, sclérose en plaques, tumeurs du cerveau et de la moelle, hydrocéphalie, affections des nerfs périphériques, troubles nerveux fonctionnels, névroses, hystérie, psychoses.

L. R.

Conditions sociales et psychoses des gens âgés, par E. M. Gruenberg. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 110, n° 12, juin 1953).

Dans une grande ville prise comme exemple, il y a dans son centre une zone dans laquelle on note la proportion la plus élevée de sujets hospitalisés pour artério-sclérose cérébrale, pour démence sénile, pour états psychosiques. C'est dans cette zone que se trouvent le plus grand nombre de familles nombreuses vivant dans un même local, le plus haut pourcentage de sujets vivant seuls.

L. Marchand.

Etudes sur le processus de la vieillesse ; facteurs qui influencent la mentalité des personnes âgées, par E. W. Busse, R. H. Barnes, A. J. Silverman, C. M. Shy, M. Thaler et L. L. Frost. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 110, n° 12, juin 1954, p. 897).

Les auteurs ont fait porter leurs recherches sur des sujets âgés de plus de 60 ans. Ils les ont ainsi divisés : 1° sujets hospitalisés ; 2° sujets continuant à vivre dans la communauté. Ces derniers ont ainsi été groupés de la façon suivante : A) sujets ayant peu de ressources ; B) sujets appartenant à une classe supérieure et riche ; C) sujets continuant à exercer une profession.

L'activité corticale des sujets âgés de plus de 60 ans présente des modifications que l'on peut mesurer par l'électro-encéphalographie. Chez les individus âgés de 18 à 54 ans, 80 % ont un tracé électro-encéphalographique normal. Comparés à eux, on note que le tracé des vieillards n'est normal que dans 42 % des sujets du groupe A, dans 50 % des sujets du groupe B et de 75 % des sujets du groupe C. Parmi les tracés normaux, un pourcentage élevé décèle des foyers focaux dysrythmiques. Huit fois sur dix, ils sont localisés dans les aires temporales gauches. La présence de ces foyers ne semble pas correspondre à une modification des fonctions psychologiques ; il semble même, d'après les données des tests psychologiques, que les fonctions cérébrales sont supérieures chez ces vieillards, car ils ont conservé un esprit souple et ils sont encore capables de faire de nouvelles acquisitions intellectuelles. Par contre, les sujets qui ont des tracés avec ondes lentes diffuses ou avec des dysrythmies diverses présentent des altérations mentales et on peut en déduire qu'ils sont atteints d'une maladie cérébrale organique.

Parmi les autres facteurs qui agissent sur la mentalité des vieillards, les auteurs notent que 43 % des sujets du groupe A, 56,4 % du groupe B, et 40 % du groupe C sont mariés ; l'activité sexuelle augmente progressivement chez les sujets du groupe A à ceux du groupe C (respectivement 28,6 %, 32 %, 43,3 %). Les convictions religieuses ne semblent pas augmenter de fréquence chez les vieillards ; 10 % seulement fréquentent davantage les églises. Comme les vieillards ne se livrent à aucune compétition, leur psychisme n'est pas influencé par des dispositions hostiles ou revendicatrices. Leur sentiment d'infériorité peut souvent entraîner un état dépressif. De mauvais rapports avec leurs enfants vivants, des dissensions dans leur ménage, des rapports sexuels non satisfaits, des sentiments religieux peu développés, peuvent aussi agir sur le comportement névrotique des vieillards. Après avoir utilisé de nombreux tests psychologiques, les auteurs

concluent que les vieillards qui continuent à travailler après avoir atteint l'âge de la retraite conservent une capacité intellectuelle supérieure à celle de ceux qui ne font rien.

L. Marchand.

Progrès en médecine psychosomatique (Progresos en medicina psicosomatica), par Sylvia Bermann (de Cordoba, Argentine). (*Revista latino-americana de psiquiatria*, 2e année, n° 7, avril 1953, p. 31-40).

Exposant les principes de la médecine psychosomatique, donnant quelques exemples de l'utilité de cette conception dans différents domaines de la pathologie, l'auteur adopte une attitude prudente éloignée de certains excès. Sa conclusion montre la nécessité de considérer « l'individu, tant dans son évolution onto- et phylogénétique qu'historique et sociale donnant aux secteurs les plus élevés du système nerveux, en particulier au cortex cérébral, et, en conséquence, aux admirables capacités conscientes et rationnelles de l'homme, la place qui leur correspond ».

V.-J. Durand.

Médecine somatopsychique (Somatopsychic medecine), par Joseph Wilder (de New-York). (*American Journal of Psychotherapy*, vol. 8, n° 1, janvier 1954, p. 43-53).

Bien que reconnaissant la valeur des conceptions de la médecine psychosomatique, l'auteur montre la nécessité de ne pas perdre de vue l'importance de la médecine somatopsychique, c'est-à-dire de la connaissance des influences somatiques sur le psychisme. Rappelant certains travaux récents de physiopathologie cérébrale, les recherches sur la chimie du cerveau, les conséquences de la neuro-chirurgie, de la psycho-chirurgie, l'action de certains produits médicamenteux ou toxiques, il rapporte quelques observations démonstratives. En aucun cas, le point de vue somatique ne doit être négligé. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Coexistence de quelques maladies psycho-somatiques avec une tuberculose pulmonaire. Réflexions sur la phtisiogénèse, par J. Riou. (*Comptes rendus de la réunion phtisiologique du Sud-Est et du littoral méditerranéen*, séance du 24 octobre 1954).

Le rôle du terrain est trop négligé dans la phtisiogénèse des facteurs psychiques conditionnant largement la résistance du terrain. L'auteur rapporte trois observations dans lesquelles un choc affectif grave a nettement déclenché l'apparition d'une tuberculose ulcéro-caséeuse accompagnée dans le premier cas d'un ulcère gastrique, dans le second d'un diabète, dans le troisième d'une maladie de Basedow. Dans ces trois cas, la restauration de l'équilibre psychique a été suivie rapidement d'une totale guérison physique.

Une étude attentive des malades permet presque toujours de retrouver à l'origine de leur tuberculose un traumatisme moral, qu'il s'agisse d'un conflit professionnel ou familial, d'un conflit personnel, d'une certaine fra-

gilité morale devant les rigueurs de la vie. Ces notions ont des conséquences pratiques importantes. Quand le médecin recherche ce conflit moral initial, et en fait prendre conscience au malade, cela augmente considérablement les chances d'une guérison stable.

L. R.

Le problème de la maladie ulcéreuse, par P. Frumusan et R. Cattan (de Paris). (*La Presse médicale*, 16 mars 1955).

Travail consacré à la pathogénie de la maladie ulcéreuse. Le facteur chlorhydropeptique joue un rôle capital dans les ulcères post-opératoires jéjunaux, ainsi que dans les ulcères jéjunaux expérimentaux de l'animal. Il ne joue qu'un rôle secondaire dans les ulcères spontanés humains. Le facteur vasculaire est certainement très important. Son intervention est prouvée par les arguments expérimentaux, histologiques, cliniques et thérapeutiques.

Les auteurs exposent l'influence du système nerveux végétatif, celle des lésions organiques du tronc cérébral. Ils développent la théorie cortico-viscérale de l'ulcère, qui a le mérite d'intégrer les théories précédentes dans une synthèse plus vaste axée sur le rôle déterminant de l'activité nerveuse supérieure et basée sur une expérimentation solide. Dans l'état actuel des connaissances, cette théorie est celle qui paraît rendre le mieux compte des caractères de la maladie ulcéreuse. Elle a inspiré aux auteurs une méthode de traitement de certaines formes très graves d'ulcère par l'infiltration novocaïnique du cerveau préfrontal.

L. R.

Manifestations neuro-psychiatriques et anachlorhydrie gastrique, par R. Lafon, P. Pagès, R. Labauge, A. Pagès et A. Bonneton. (*Bull. de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 18 juin 1954).

A propos de douze observations, sous le terme de *syndrome neuro-anachlorhydrique,* ensemble caractérisé par l'association de manifestations neuro-psychiatriques polymorphes, parfois intriquées (habituellement myélose funiculaire, plus rarement atteinte périphérique : polynévrite, paires craniennes ; dans certains cas, syndrome psychiatrique, surtout de type dépressif et mélancolique) et d'une anachlorhydrie gastrique le plus souvent sans contexte digestif d'accompagnement. A noter, dans la plupart des cas relatés, l'absence de modifications hématologiques (sang et moelle osseuse). La constatation d'anomalies électro-encéphalographiques, d'expression bilatérale, au cours de cinq observations de myélose funiculaire apparemment localisée, montre que l'atteinte nerveuse est souvent plus diffuse que ne l'indiquent les seules données cliniques. L'origine dysmétabolique du syndrome neuro-psychiatrique serait l'anachlorhydrie conditionnant l'atteinte nerveuse qui semble la conséquence d'une carence en certains facteurs nutritifs (acides aminés, complexes vitaminiques B et plus spécialement B12). La régression symptomatique, parfois enregistrée après traitement prolongé par la vitamine B12, est en faveur de cette interprétation, la vitaminothérapie B12 pouvant constituer un véritable *test diagnostic.*

L. R.

Le nervisme dans la pathogénèse du rhumatisme et la valeur du rôle du tissu conjonctif, par le Prof. A.-I. Nesterov (de Moscou). (*Médecine e hygiène*, Genève, n° 254, 15 novembre 1953, p. 421-422).

L'auteur soutient, conformément aux travaux de I. P. Pavlov, la théorie infecto-neurogène de la pathogénie du rhumatisme. Une infection locale entraîne des réactions nerveuses réflexes avec altération de l'activité des centres nerveux régulateurs supérieurs. Ensuite, apparaissent des modifications dans le fonctionnement des centres végétatifs sous-corticaux. Les poussées évolutives correspondent à des mécanismes d'excitation et d'inhibition des centres corticaux. Si l'intervention des perturbations nerveuses supérieures est essentielle, le rôle du tissu conjonctif n'est que secondaire. L'application de la doctrine du nervisme à l'étude du rhumatisme doit amener une meilleure connaissance de celui-ci et produire des progrès thérapeutiques.

V.-J. Durand.

Etats conditionnés végétatifs et névrose expérimentale (Stati condizionati vegetativi e nevrosi sperimentale), par Osvald Meco (de Florence). (*Archivio internazionale di studi neurologici*, vol. 2, fasc. 2, septembre 1953, p. 167-176).

Rappelant quelques recherches personnelles sur la production de névroses expérimentales et les relations de celles-ci avec les états végétatifs, l'auteur montre que les états conditionnés peuvent être facilités par des stimulations neuro-végétatives, que l'activité neuro-végétative intervient dans la synergie fonctionnelle neuro-somato-psychique, enfin que la névrose expérimentale peut être considérée comme un état parabiotique neuro-végétatif particulier, état de silence biologique total ou partiel en étroites relations avec la sphère somato-viscérale et avec la sphère psychique. Cinq tableaux groupant les données numériques des expériences.

V.-J. Durand.

Des troubles mentaux consécutifs aux amputations, par D. Noble, B. Price et R. Gilder. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 110, n° 8, février 1954, p. 609).

Parmi les nombreux problèmes qui concernent les amputés, il y a lieu d'étudier les troubles anxieux. Ils sont en rapport avec l'état émotif antérieur du sujet, l'altération physique qui résulte de l'amputation et la signification spéciale que le sujet attribuait à la perte d'une partie amputée. L'adaptation de l'individu à la perte d'une partie de son corps entraîne des modifications dans son attitude, son humeur et son comportement. Le travail concerne l'étude de 66 malades qui ont subi l'amputation d'un membre. La comparaison est faite avec les états mentaux dus à l'impotence d'un ou plusieurs membres causée par une maladie cérébrale organique. Les auteurs indiquent comment la perte d'une fonction peut entraîner des problèmes émotionnels en dehors même de la perte du membre. L'appréhension d'abord de perdre l'intégrité de son corps, puis la perte d'une partie de son corps sont plus ou moins bien supportées par l'amputé.

L. Marchand.

Orientation actuelle des recherches dans l'étude du syndrome dit subjectif des traumatismes craniens, par R. Lafon, P. Pagès, R. Labauge, J.-P. Temple et A. Pagès. (*Bull. de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Langu. doc méditerranéen*, séance du 4 juin 1954).

Soixante observations précisent les bases objectives d'un syndrome jusqu'à présent surtout fonctionnel. Un bilan très complet s'avère indispensable, qui doit comprendre un examen: *électro-encéphalographique*, standard et sensibilité (tracé plat et rapide, parfois bouffées épileptiques isolées) ; *radiologique* (à la recherche d'une arthrose cervicale, d'une atrophie périventriculaire) ; *sensoriel* (ophtalmologique : hypertension de la tension artérielle céphalo-rachidienne, rétrécissement concentrique du champ visuel, recherche au verre rouge d'une diplopie latente ; hypoexcitabilité vestibulaire) ; *endocrinien et métabolique* (fréquence du dysfonctionnement thyroïdien à l'I 131 ; *gonadique :* stéroïdes urinaires) ; *végétatif* (quasi-constance de l'hypoamphotonicité) ; *psychiatrique* (détérioration intellectuelle, tendance à l'extraversion).

Les modifications ainsi enregistrées tendent à faire considérer le syndrome subjectif comme la conséquence d'un dysfonctionnement diencéphalique et hypothalamique, souvent aggravé et conditionné par le caractère médico-légal du traumatisme (accident du travail). La nécessité d'un règlement rapide du conflit médico-légal et d'une mise au repos des centres basaux (cure de somnolence avec psychothérapie) semble devoir s'imposer précocément dans tous les cas rebelles.

L. R.

Des différences dans le développement dysplasique de malades atteints de troubles mentaux. Appréciation du profil de l'immaturité émotionnelle, par W. L. Doust. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 110, n° 9, mars 1954, p. 651).

L'immaturité émotionnelle peut être définie comme la fixation relative (dysplasie) du développement émotionnel à un niveau plus bas que celui que l'on doit atteindre à un âge chronologique donné. Pour estimer l'étendue et les degrés de l'immaturité émotionnelle ou dysplasie, l'étude a porté sur 363 malades mentaux et sur 260 sujets normaux comme contrôle. Un questionnaire comprenant 99 questions a été utilisé. Sur 18 niveaux qui ont été établis, 13 ont donné des résultats statistiques précis. Le développement émotif des psychopathes est déficient en ce qui concerne leur inhibition agressive, leur labilité affective, leur tolérance de la frustation, leur psychosexualité, leur capacité abstractive, leurs rapports interpersonnels, leur suffisance personnelle. Le désir de rester un enfant, la conscience de leur croissance, leurs moyens pour garder leur indépendance restent normaux. L'immaturité émotionnelle diminue avec l'âge chez les psychopathes sauf chez les épileptiques et les schizophrènes, mais cette diminution se fait plus lentement chez les malades mentaux que chez les sujets normaux ; elle est nettement en corrélation avec le développement morphologique, et moins avec le développement intellectuel.

L. Marchand.

Métastases cérébrales et pulmonaires d'une tumeur de Grawitz, par G.-H. Larue et J. Tellier. (Un extrait de 8 pages du *Laval médical*, Quebec, vol. 18, n° 7, septembre 1953).

Un malade de 74 ans entre à l'hôpital pour un état d'excitation d'allure maniaque avec appoint confusionnel. L'électro-choc se montre inefficace. On pense à une psychose artérioscléreuse, quand surviennent des accidents comitiaux. La mort survient par cachexie. L'autopsie montre une tumeur rénale de Grawitz avec des métastases pulmonaires et cérébrales disséminées. La radiographie thoracique avait révélé des images évoquant la tuberculose.

V.-J. Durand.

Problèmes pathographiques. A propos de la récente traduction française de l'ouvrage de Karl Jaspers : Strindberg et Van Gogh, Hoelderlin et Svendenborg, par E. Minkowski. (*Revue d'esthétique*, t. 7, fasc. 3, 1954, p. 257-276).

Montrant, dès l'abord, l'intérêt de la préface de M. Maurice Blanchot, qui précède la traduction française, pour l'étude des rapports de l'art et de la maladie mentale, l'auteur indique que celle-ci, en tant que maladie, ne peut rien créer ; peut-elle épargner, libérer ? La question est délicate. La psychose peut épargner, elle peut apporter aussi des expériences inédites que l'élan créateur de l'artiste peut utiliser comme chez van Gogh. Ce dernier et Hoelderlin peuvent être rapprochés, non pas sur le plan clinique, mais parce que leurs expériences vécues étaient également profondes et authentiques. Pour Strindberg, dont les écrits ont souvent un caractère autobiographique très marqué, les expériences schizophréniques n'atteignent pas au même pathétique de l'envahissement global par la maladie. Chez Svendenborg, les œuvres après le développement de la psychose montrent le ternissement particulier au vécu du schizophrène. Rappelant les limites et les défauts possibles de certaines pathographies, l'auteur indique que l'étude du problème de la création artistique a progressé depuis une vingtaine d'années, en particulier grâce aux travaux de Mme Fr. Minkowska. Mais il reste beaucoup à faire pour résoudre les deux énigmes de la création et de la folie.

V.-J. Durand.

Personnalité des pythonisses (Personalidad de las pitonisas), par Fernando Gorriti. (*La semana medica*, Buenos Aires, 60e année, 26 mars 1953, un extrait de 6 pages).

Citant Hésiode, Homère, les tragiques grecs, l'auteur montre l'importance du rôle des pythies, tant à Delphes que dans d'autres centres du culte d'Apollon. Il décrit les traits essentiels de la personnalité des pythonisses de l'Hellade, les rapprochant de ceux observés par lui dans les états de « paranormalité », avec raffinement de la sensibilité réceptrice et facultés de divination. Un exemple récent est rapporté. Dans l'ensemble, la personnalité des pythonisses grecques est entièrement équivalente à celle des médiums des centres spirites actuels, avec une constitution psychopathique et parfois même avec état délirant passager.

V.-J. Durand.

Le cinéma au service de la médecine : l'art psychopathologique. Images de la folie, par J. Delay et R. Volmat (de Paris). (*Médecine et hygiène*. Genève, n° 254, 15 novembre 1953, p. 431).

A propos du film « Images de la folie », réalisé par Enrico Fulchignoni, groupant certaines des œuvres exposées à l'hôpital Sainte-Anne lors du congrès international de Paris en 1950, les auteurs rappellent les caractères essentiels de l'art des aliénés. Ils montrent la valeur diagnostique, mais aussi thérapeutique des productions des divers malades mentaux. Véritable technique projective, l'art est un moyen de préciser certains traits de la personnalité. Il permet aussi la libération de certains complexes. Le film de Fulchignoni, malgré certaines insuffisances (absence de renseignements cliniques sur les malades) est susceptible d'utiles applications. Deux reproductions (dessin et gouache).

V.-J. Durand.

La méthode stratégique pawlovienne comme moyen de reproduire le menticide, par J. A. Meerloo. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 110, n° 11, mai 1954, p. 809).

Sous le terme de menticide, l'auteur, dans un mémoire antérieur, décrit l'anéantissement du libre arbitre par des méthodes consistant en tortures physiques et morales. Après avoir rappelé les expériences de Pavlov, qui montrent la possibilité de produire un état névrotique chez des chiens, après avoir indiqué le rôle des réflexes conditionnels dans ces expériences, l'auteur expose comment l'emploi de ces méthodes utilisées dans les nations totalitaires peuvent causer le menticide.

L. Marchand.

Pour l'interprétation du T.A.T. répertoire de thèmes fréquents dans chaque planche (Para la interpretacion del T.A.T. Repertorio de temas frecuentes en cada lamina), par Miguel Siguan (de Madrid). (*Revista de psicologia general y aplicada*, Madrid, vol. 8, n° 27, 1953, p. 431-478).

Pour faciliter l'interprétation du Thematic Apperception Test, l'auteur reproduit des exemples de réponses correspondant à chacune des vingt planches, en indiquant l'âge et le sexe du sujet. D'autre part, pour chaque planche, sont indiqués les types généraux des réponses habituelles.

V.-J. Durand.

Le dessin appliqué aux fables de Düss (Il disegno appli ato alle favole della Düss), par Marcella Balconi (de Novare). (*Infanzia anormale*, fasc. 4, octobre-décembre 1953, p. 432-480).

L'auteur décrit sa technique d'application de la méthode des fables de Düss. Elle raconte d'abord la fable, attend la réponse de l'enfant, puis elle demande à celui-ci de faire un dessin illustrant le sujet de la fable. Elle l'invite enfin à raconter la fable à nouveau. La comparaison des deux récits et celle de ces derniers avec le dessin sont riches d'enseignements. C'est ce que montre l'auteur à l'aide de neuf observations démonstratives, pour lesquelles sont reproduits les dessins correspondants. Ce nouveau procédé augmente la sensibilité de la méthode de Düss. Dix-huit planches en hors-texte.

V.-J. Durand.

Application et considérations sur le test myokinétique de Mira y Lopez (Applicazione e considerazioni su il test miocinetico di Mira y Lopez), par E. Zara (d'Aquila) et E. Buondonno (de Naples). (*L'Ospedale psichiatrico*, 21e année, fasc. 3, juillet-septembre 1953, p. 201-224).

Avec quelques modifications dans la technique et dans l'interprétation des résultats, les auteurs ont appliqué en psychiatrie le test myokinétique de Mira y Lopez. Ils montrent l'utilité d'une standardisation du test et d'une étude statistique à l'aide de méthodes d'évaluation, ce qui permettrait de mieux utiliser et de chiffrer les données obtenues par l'épreuve. Planche hors-texte de douze figures montrant les modifications apportées à la méthode primitive. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

La classification numérique des réponses dans le test de Rorschach Application clinique chez les névrotiques et les schizophrènes (La classificazione numerica delle risposte nel test di Rorschach Applicazione clinica in nevrotici e schizofrenici), par Ennio de Renzi (de Pavie). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 43, fasc. 1, 1954, p. 33-42).

L'auteur, pour obtenir de meilleures précisions de l'emploi du test de Rorschach, conseille une classification numérique des réponses, différente de celle de Klopfer et Kelley. On peut, grâce à elle, calculer la valeur numérique moyenne et la déviation standard, expressions chiffrées des résultats. Sur deux séries de cinquante schizophrènes et de cinquante névrotiques, elles se sont révélées des moyens de différenciation très efficaces, d'une qualité supérieure au calcul de F%.

V.-J. Durand.

Rorschach et schizophrénie (Rorschach e schizofrenia), par L. Massignan (de Padoue). *Rivista di neurologia*, vol. 24, fasc. 1, janvier-février 1954, p. 63-113).

L'auteur fait une importante revue générale de la question du test de Rorschach dans la schizophrénie, rappelant les caractéristiques décrites par les divers auteurs, les modifications rencontrées dans les différentes formes cliniques, la valeur pronostique de certains résultats, les changements observés à la suite des thérapeutiques variées de la maladie. Bien que les données obtenues soient encore contradictoires, le test de Rorschach peut se montrer très utile pour approfondir la connaissance de la psychologie des schizophrènes. Beaucoup reste à faire d'ailleurs. Bibliographie très étendue.

V.-J. Durand.

De quelques facteurs familiaux comme antécédents chez 392 schizophrènes, par C. W. Wahl. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 110, no 9, mars 1954, p. 668)

L'auteur s'est efforcé de rechercher chez 392 schizophrènes la fréquence de quelques facteurs familiaux. Chez 227 sujets du sexe masculin, 24 % étaient des aînés, 23 % les derniers-nés, 10 % les avant-derniers-nés ; 11 % étaient des enfants uniques ; 25 % constituaient les autres. A noter

que, parmi 23 hébéphréniques, 8 étaient les derniers-nés. Les derniers-nés et les avant-derniers-nés sont les plus nombreux parmi les paranoïdes. C'est parmi les familles qui ont beaucoup d'enfants que la schizophrénie s'observe le plus fréquemment. Les doctrines religieuses paraissent être un facteur négligeable. L'abandon des parents avant l'âge de 15 ans, ou au contraire leur attachement excessif, présente plus d'importance puisque sur les 392 schizophrènes ce facteur s'observe chez 48 % et davantage chez les jeunes gens (55 %) que chez les jeunes filles (31 %). Il ne ressort pas de la statistique que l'abandon par le père ait une action plus importante pour un fils que pour une fille. L'abandon (33 %) est plus fréquent que l'attachement excessif (17 %). La séparation d'avec les parents et la mort de l'un d'eux sont relevées dans 43 % des cas, alors que dans la population commune elles ne sont que 6,3 %. La séparation d'avec le père ou sa mort avant l'âge de 15 ans de l'enfant joue dans le développement du sujet un rôle plus important que celui de la mère. Ce facteur est noté chez 48 % des paranoïdes, 52 % des catatoniques, 42 % des schizophrènes simples, 32 % des hébéphréniques. De toutes les infortunes supportées par les enfants, aucune n'est plus grave que la mort d'un parent et l'auteur arrive à la conclusion que la « maladie schizophrénique » est une réaction du sujet pour se protéger contre les sentiments d'abandon et d'indignité, l'individu se soustrayant ainsi à la réalité. Dans le traitement des schizophrènes, on doit s'efforcer de développer chez eux l'intérêt, l'attention, l'encouragement, de façon à réduire chez eux l'anxiété, leur sentiment d'indignité ; on doit les mettre en rapport étroit avec des sujets qui n'ont pas perdu le contact avec la réalité.

L. Marchand.

Attitudes des schizophrènes à l'égard respectivement de la vie et de la mort (Actitudes de esquizofrenicos con respecto a la vida y a la muerte), par Humberto Rotondo. (*Revista de neuro-psiquiatria*, Lima, t. 16, n° 3, septembre 1953, p. 324-332).

L'auteur a étudié chez quarante schizophrènes, à forme relativement peu avancée, les attitudes à l'égard de la vie et de la mort. Il y a prédominance d'attitudes positives vers la vie. Quant à celles concernant la mort, elles sont souvent très proches des réactions normales. Les résultats obtenus sont en faveur d'une conservation assez bonne des potentialités constructives. Certains sujets, qui montraient d'abord une attitude négative à l'égard de la vie, en adoptent une positive peu avant de subir un électro-choc.

V.-J. Durand.

La schizophrénie et les classes sociales, par A. B. Hollingshead et F. G. Redlich. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 110, n° 8, mars 1954, p. 605).

Dans un travail antérieur, les auteurs avaient trouvé qu'il y avait dans les basses classes sociales onze fois plus de schizophrènes que dans les classes sociales plus élevées. Dans l'étude actuelle, ils analysent cette curieuse différence. Celle-ci ne dépend pas des changements de classe qui peuvent se produire. Si l'on divise les classes sociales en cinq niveaux, on note qu'au cours de la première année de traitement il y a deux fois autant

de schizophrènes dans la cinquième classe, qui est la plus basse, que dans la première et la deuxième classe combinées. Quand la schizophrénie est chronique, le rapport est beaucoup plus élevé. On trouve 31 fois plus de schizophrènes dans la cinquième classe que dans la première et la deuxième classes. Cette augmentation des malades chroniques dans la basse classe sociale paraît due à la manière différente dont ils ont été traités. Les schizophrènes des classes supérieures ou même des classes moyennes sont traités plus tôt et dans de meilleures conditions. Ils sont soumis à une psychothérapie active. Les schizophrènes appartenant à une basse classe sont hospitalisés par les autorités légales, ne subissent qu'un traitement organique et souvent pas du tout. Les malades qui appartiennent aux classes sociales supérieures et aux classes moyennes ont plus de chance de reprendre leur place dans leur famille et dans la communauté que les schizophrènes appartenant aux basses classes sociales. En conclusion, la répartition courante des schizophrènes reflète les façons différentes dont ils sont traités suivant la classe sociale à laquelle ils appartiennent pour être réhabilités. Ce sont là des indications dont les psychiatres, les médecins du travail, les administrateurs de la santé publique doivent tenir compte.

L. Marchand.

Psychoses provoquées artificiellement. (Leur importance dans les recherches récentes sur la schizophrénie), par Hugo Solms (de Bâle). (*Médecine et hygiène*, Genève, 12e année, n° 260, 15 février 1954, p. 51-53).

A côté du L.S.D. (diéthylamide de l'acide lysergique), dont l'action expérimentale est bien connue, l'auteur décrit un autre dérivé de l'ergot de seigle, le L.A.E. (mono-éthylamide de l'acide lysergique). Administré à dose infinitésimale, il met le sujet normal dans un état de stupeur avec signes de dépersonnalisation et de dissociation, rappelant la stupeur catatonique. Les phénomènes obtenus permettent de poser à nouveau la question d'une toxicose à la base des processus schizophréniques. L'étude de ces produits est susceptible d'importants progrès dans le domaine de la physiopathologie des affections psychiques. Trois figures.

V.-J. Durand.

Peut-on admettre la schizasthénie comme forme mentale morbide autonome ? (Puo anmettersi la schizastenia come autonoma forma morbosa mentale?) par Giustino Pollini (d'Imola). (*L'Ospedale psichiatrico*, 21e année, fasc. 2, avril-juin 1953, p. 166-179).

Proposée par Dimitrijevic, pour désigner un tableau morbide situé à la limite de la neuro-psychasthénie et de la schizophrénie, forme latente de schizophrénie, la notion de schizasthénie est discutée par l'auteur. Celui-ci pense qu'elle doit être réservée aux formes morbides dans lesquelles s'associe l'élément dissociatif au tableau neuro-psychasthénique, avec un caractère de stabilité et sans évolution vers la décadence mentale. Le cadre nosologique ainsi délimité est relativement restreint. Bibliographie.

V.-J. Durand.

L'asthénie du déporté, par Armand Bacharach (de Lyon). (*La Presse médicale*, 15 janvier 1955).

Exposé des divers aspects de l'asthénie chez le déporté rapatrié avec son cortège allant du simple épuisement physique aux troubles intellectuels et psychiques. En conclusion, il existe un *syndrome asthénique du déporté*, qui paraît être partiellement irréversible ; au moins 50 % des rescapés des camps en sont atteints sans substratum anatomo-pathologique évident ; vu le grand nombre de maladies organiques et infectieuses et leurs séquelles, ce chiffre augmente sans qu'il soit possible de donner un chiffre précis à l'heure actuelle.

La faim et la carence en lipides, protides et glucides, facteurs essentiels, ne sont pas seuls en cause, et le retour à l'alimentation normale ne signifie pas récupération des forces vitales physiques, psychiques et intellectuelles de l'organisme humain.

Dans les formes graves, ce syndrome prend un caractère bien plus important que ne le laisserait présumer le diagnostic d'asthénie, et cela doit être pris en considération sur le plan médico-légal militaire, étant donné le handicap professionnel qui en découle.

L. R.

Sur la dépression prémenstruelle (On premenstrual depression), par Alfred Schick (de New-York). (*American Journal of Psychotherapy*, vol. 7, n° 4, octobre 1953, p. 664-671).

A propos d'une observation de dépression psychique pré-menstruelle, l'auteur rappelle quelques travaux récents sur la question et montre que celle-ci doit être abordée à la fois du côté des perturbations somatiques (particulièrement hormonales) et de celui des troubles psychologiques profonds. La structure et la fonction sont inséparables et interdépendantes. Leur étude commune est nécessaire.

V.-J. Durand.

Psychoses survenues pendant la grossesse et la puerpéralité (Psicoses occoridas em gravidez e puerperio), par José Carlos Cavalcanti Borges (de Recife). (*Neurobiologia*, Recife, t. 16, n° 1, mars 1953, p. 11-49).

Sur 1.976 malades de l'hôpital des aliénés de Recife, l'auteur a noté 125 manifestations psychiques en rapport avec l'état puerpéral, soit 6,32 %, dont 10,40 % pendant la grossesse et 89,60 % après l'accouchement. Sur les 13 cas observés au cours de la grossesse, il y eut 7 réactions exogènes, 5 endogènes et une psychonévrose. Pour les 112 formes du *post-partum*, 38 étaient des réactions exogènes, 35 des schizophrénies, 5 des psychoses maniaques dépressives, une appartenait aux psychonévroses. De très intéressantes données numériques concernent les conditions d'âge, de primiparité ou multiparité, d'évolution, de pronostic, de récidives. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Psychoses dans le cycle gravido-puerpéral (Psicoses no ciclo gravido-puerperal), par J. Alves Garcia. (*Anais brasileiros de ginecologia*, vol. 35, n° 6, juin 1953, p. 305-320).

A côté de facteurs toxiques, métaboliques et endocriniens déterminant les véritables psychoses gravidiques, peuvent intervenir des causes psychogènes entraînant des réactions psycho-névrotiques. Il faut faire jouer un grand rôle aux éléments endocriniens et toxi-infectieux. Décrivant les nombreux types cliniques des psychoses du cycle gravido-puerpéral, et de la lactation, l'auteur montre que, dans l'ensemble, les résultats thérapeutiques sont favorables, 70 à 75 % des cas éprouvant une rémission par les actuelles méthodes de traitement. Trois figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Psychoses pendant une épidémie de grippe (Psihoze u toku epidemije gripe), par N. Persic (de Zagreb). (*Neuropsihijatrija*, Zagreb, vol. 1, n° 3, 1953, p. 221-233). (Résumé en allemand).

A propos de neuf cas d'encéphalite aiguë survenus au cours de la grippe épidémique, l'auteur évoque la question des relations des tableaux schizophréniformes par encéphalite aiguë avec la schizophrénie. Les résultats de l'examen du liquide céphalo-rachidien sont très importants pour le diagnostic. Cinq cas de psychoses sont décrits. Apparus pendant l'évolution de l'épidémie grippale, ils réalisent des tableaux cliniques très disparates. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Psychose atébrinique chez une malade ayant présenté des manifestations encéphalitiques au cours d'une typhoïde, par G. Decrop (de Tanger). (*Maroc médical*, 33e année, n° 344, janvier 1954, p. 23-26).

Une jeune femme de 23 ans, atteinte de lambliase, est traitée par l'atébrine. Au bout d'une semaine apparaissent des troubles mentaux, qui s'accentuent rapidement avec légère confusion mentale, désir de fugue, idées de grossesse, anorexie, insomnie. Ces troubles s'atténuent assez lentement. Or, sept ans plus tôt, au 18e jour d'une fièvre typhoïde d'allure classique était apparue une astasie-abasie par syndrome cérébelleux floculo-nodulaire. A propos de cette intéressante observation, l'auteur rappelle les traits essentiels des psychoses atébriniques et fait quelques considérations sur le rôle possible de l'atteinte antérieure du système nerveux par la toxine typhoïdique dans l'apparition des troubles mentaux chez la malade examinée. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Le tableau psychique dans la brucellose chronique (El cuadro psiquico en la brucelosis cronica), par Jorge Pedro Goobar (de Cordoba). (*Revista latino-americana de psiquiatria*, 3e année, n° 10, janvier 1954, p. 27-38).

Les manifestations mentales au cours de la brucellose chronique sont maintenant bien connues. On peut signaler d'abord la fréquence de l'asthénie psycho-physique. Particulièrement intéressantes sont, ensuite, les per-

turbations psycho-intellectuelles avec troubles de la mémoire, de l'affectivité, de la volonté ; de même, les rapports de la brucellose et des psychonévroses ont été très étudiés. Le diagnostic de ces divers troubles est souvent difficile, mais nécessaire pour l'institution du traitement convenable. Dans les formes chroniques de la maladie, la thérapeutique biologique par les vaccins spécifiques constitue la méthode de choix. Quatre observations personnelles sont rapportées. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Encéphalopathie toxique avec syndrome basedowien, par G. Boudin et J. Barbizet. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 14 janvier 1955).

Chez un homme de 50 ans, intoxication chronique éthylo-oxycarbonée avec encéphalopathie qui se développe progressivement, poussées à chaque nouvelle crise d'alcoolisme. Successivement, apparaissent polydypsie, tremblement, hallucinations, exophtalmie œdémateuse et finalement hyperthyroïdie. Tous ces symptômes paraissant dépendre directement des lésions cérébrales, qu'objective l'encéphalographie gazeuse ?

L. R.

Oligophrénies (Oligofrenie), par Léo Kanner (de Baltimore). (*Infanzia anormale*, fasc. 5, janvier-mars 1954, p. 1-22).

D'après les facteurs sociaux, éducatifs et cliniques, l'auteur distingue trois variétés de débilité mentale (au sens large) : absolue, relative, apparente. Une description détaillée de ces différents types est faite ensuite, puis sont indiquées les mesures à prendre : pour l'arriération absolue (idiotie et imbécillité), l'hospitalisation s'impose ; pour la deuxième, on doit employer des moyens spéciaux d'éducation et d'orientation professionnelle ; pour la troisième, enfin, est nécessaire une évaluation exacte des capacités existantes. Il faut faire pour chaque enfant un profil personnel et rechercher les facteurs étiologiques : génétiques, culturels, ambiantaux, somatiques, éducatifs et émotifs.

V.-J. Durand.

Sur la forme de Kufs de l'idiotie amaurotique (Sulla forma di Kufs dell' idiozia amaurotica), par Giovanni Fattovich (de Venise). (*Il cervello*, 30e année, n° 2, 15 mars 1954, p. 89-120).

Après avoir évoqué le problème des affections dégénératives hérédo-familiales du système nerveux par perturbation du métabolisme cellulaire des lipides, l'auteur décrit un cas de la forme adulte de l'idiotie amaurotique, ayant débuté à 30 ans et évolué avec des signes extra-pyramidaux. Les lésions histologiques traduisaient un processus dégénératif diffus avec prédominance striée, cérébelleuse et ammonique, sans atteinte laminaire particulière. Il y avait altération exclusive des cellules nerveuses, dont le corps était gonflé et le cytoplasme d'aspect spumeux. 44 figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Sclérose tubéreuse de Bourneville, par Raymond Garcin (de Paris). (*Jornal brasileiro de psiquiatria*, vol. 2, n° 4, 1953, p. 348-385).

L'auteur décrit un cas de sclérose tubéreuse de Bourneville observé de 1931 à 1951 et rapporté, pour la première phase de son évolution, dans la thèse de Pierre Caron en 1939. La mort fut la conséquence d'un cancer du côlon droit. Après cette observation clinique et anatomique très complète, l'auteur passe en revue les connaissances acquises sur la sclérose tubéreuse de Bourneville : triade clinique (adénomes sébacés de la face et lésions des phanères, crises épileptiques, déficit mental), phacomatose rétinienne, calcifications intra-craniennes, malformations associées, formes cliniques, évolution, anatomie pathologique et histologie, pathogénie, diagnostic, traitement. Ce dernier, particulièrement pauvre, peut comporter une ablation neuro-chirurgicale, en cas d'évolution tumorale. Seize figures.

V.-J. Durand.

Dysostose mandibulo-faciale (syndrome de Franceschetti). Aspects neuro-psychiatriques, par L. et J. Gayral. (*Bull. de la Société d'oto-neuro-ophtalmologie de Toulouse*, séance du 22 novembre 1954).

Observation d'un garçon de 6 ans présentant les symptômes de la malformation du I^er^ arc décrite par Franceschetti avec retard somato-mental. Description. Considérations sur les mesures de chirurgie plastique et de rééducation à prendre aux différents âges mais suffisamment tôt.

L. R.

Troubles mentaux dans la méningite tuberculeuse, par M. Williams et H. V. Smith. (*Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, vol. 17, août 1954, p. 173).

L'étude a porté sur les troubles mentaux au cours de la méningite tuberculeuse chez des sujets adultes durant leur maladie et après leur guérison. Environ deux tiers des sujets atteints de méningite tuberculeuse guérissent. Les auteurs ont surtout fait porter leurs examens sur des adultes qui, quoique « assoupis » et sans raisonnement, étaient encore assez lucides pour répondre aux questions et permettre l'application des tests psychologiques. Au cours de la maladie, ils décrivent trois états successifs : l'état confusionnel, l'état amnésique, l'état qui suit la guérison et qui porte sur plusieurs années. La principale caractéristique des modifications mentales est la prédominance des troubles de la mémoire sur les autres déficits intellectuels. Chez certains sujets guéris, l'amnésie porte non seulement sur les premières semaines ou sur les mois du début de la maladie, mais elle peut être rétrograde. En divisant les troubles mentaux observés au cours de la maladie en trois états, on ne peut mesurer la durée de chacun d'eux, car le passage de l'un à l'autre se fait progressivement. Les manifestations psychiques dans la méningite tuberculeuse présentent des caractères suffisants qui permettent de préciser leur diagnostic avec les blessures craniennes et surtout avec les états démentiels post-traumatiques, avec l'encéphalopathie de Wernicke, la paralysie générale, les délires alcooliques, les autres démences organiques. Ils sont en rapport avec la localisation principale des lésions méningées qui intéressent la base du cerveau.

L. Marchand.

Des troubles de la mémoire dans les tumeurs du troisième ventricule, par M. Williams et J. Pennybacker. (*Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, vol. 17, mai 1954, p. 115).

Les observations portent sur 180 cas dont les lésions intracraniennes ont été vérifiées. Les troubles de la mémoire ont été recherchés au moyen des tests de Wechsler, Babcock, Binet, modifiés suivant les circonstances individuelles. Les résultats ont été analysés sous trois aspects : 1° une attention spéciale a été portée sur quatre malades chez lesquels les troubles de la mémoire et le siège des lésions avaient été nettement déterminés ; 2° les troubles de la mémoire au cours de lésions intéressant différentes aires cérébrales et le III[e] ventricule ont été comparés ; 3° les malades qui présentèrent des désordres profonds et spécifiques de la mémoire ont fait l'objet d'un examen spécial et les lésions ont été précisées suivant leur siège. De ces recherches, il ressort que l'altération de la mémoire est plus commune et spécifique quand les aires entourant le plancher et les parois du III[e] ventricule sont lésées ; les sujets gardent une personnalité et une intelligence normales, ce qui ne s'observe pas quand les troubles de la mémoire sont dus à des lésions des aires frontales, hémisphériques, ou à des régions de la fosse postérieure.

L. Marchand.

Dégénérescence cérébrale rapidement progressive (encéphalopathie vasculaire subaiguë) avec troubles mentaux, symptômes focaux et épilepsie myoclonique, par D. P. Jones et S. Nevin. (*Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, vol. 17, mai 1954, p. 148).

Cette étude clinique, électro-encéphalographique et anatomo-pathologique concerne deux cas d'une affection caractérisée par une évolution rapide, par des secousses myocloniques et par un affaiblissement progressif de la conscience. Le premier malade était âgé de 66 ans, le deuxième de 62 ans. La mort est survenue quinze semaines après le début de la maladie. Du point de vue clinique, en se basant sur d'autres observations semblables, les principaux symptômes consistent en hémiparésie, hémianopsie, surdité, apraxie, alexie, en un affaiblissement mental sévère. Les secousses myocloniques constituent une forme particulière. Dans les deux cas qui figurent dans ce travail, les anomalies électro-encéphalographiques ont consisté en décharges récurrentes de pointes-ondes généralisées sur les deux hémisphères ; les auteurs les interprètent comme significatives de l'état pathologique des neurones corticaux et de leurs interconnexions. Les lésions consistaient en effet en un état spongieux du cortex cérébral intéressant les couches profondes, la disparition et la dégénérescence des cellules ganglionnaires, en une prolifération des astrocytes dans le cortex, et dans un cas, en l'état criblé des ganglions de la base. Les auteurs admettent qu'une insuffisance vasculaire cérébrale qui ne serait pas en rapport avec l'artério-sclérose, est le facteur important dans la pathogénie de cette affection, qui serait due ainsi à un défaut de nutrition du cerveau. C'est pourquoi ils ont donné comme titre de leur travail « Encéphalopathie vasculaire subaiguë ».

L. Marchand.

Une démence présénile rare associée à une cécité corticale (syndrome d'Heidenhain), par A. Meyer, D. Leigh et C. E. Bagg. (*Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, vol. 17, mai 1954, p. 129).

En 1929, Heidenhain a publié trois cas d'une forme de démence présénile compliquée de dysarthrie, d'ataxie, de mouvements athétosiques et d'une rigidité des quatre membres sans signes de troubles pyramidaux. Dans les deux premières observations, les sujets étaient devenus aveugles. Les lésions cérébrales consistaient en l'atrophie des cellules du cortex ; elles prédominaient dans le lobe occipital et intéressaient aussi le lobe pariétal, l'insula postérieure et la première circonvolution temporale. Le troisième cas avait trait à un sujet qui devint rapidement dément sans troubles visuels et qui présenta des crises épileptiques. Les lésions cérébrales étaient diffuses ; elles consistaient en l'atrophie des cellules corticales avec des aires de démyélinisation spongieuse. Ces cas furent assimilés par Heidenhain au syndrome de Creutzfeld-Jakob. Dans le cas actuel, il s'agit d'un sujet, âgé de 38 ans, qui devint rapidement ataxique, dément, et qui était peut-être atteint d'une hémianopsie homonyme droite. Il mourut six mois après le début des symptômes. Les lésions consistaient en l'atrophie des cellules corticales avec prédominance dans la région calcarine ; les couches supérieures du cortex revêtaient un aspect spongieux et étaient le siège d'une prolifération plus intense des astrocytes. Dans aucun de ces cas, on ne nota la lésion neuro-fibrillaire d'Alzheimer et des plaques séniles. La seule différence avec la maladie de Pick consiste en la localisation de l'atrophie dans le lobe occipital et avec la maladie de Creutzfeld-Jakob par l'absence des symptômes pyramidaux et extra-pyramidaux. L'auteur de cette analyse fait remarquer qu'il est difficile de considérer comme présénile une démence qui survint à l'âge de 38 ans, remarque déjà faite à propos de cas de maladies de Pick survenues chez des adultes (six photomicros illustrent le travail).

L. Marchand.

Maladie de Pick atypique. Etude clinique et encéphalographique (Enfermedad de Pick atipica. Estudio clinico y encefalografico), par Nerio Rojas. (*La Prensa medica argentina*, vol. 40, n° 48, 27 novembre, 1953, p. 3213-3220).

L'auteur présente un cas atypique de maladie de Pick chez une malade de 53 ans avec association de mouvements athétosiques. L'encéphalographie montra une importante atrophie frontale. A propos de cette observation, un rappel est fait de quelques études cliniques sur la maladie de Pick, son diagnostic, son anatomie pathologique, sa situation nosologique. L'auteur admet la possibilité du diagnostic clinique, mais reconnaît sa difficulté. Deux figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Sur la maladie de Pick (Sulla malattia di Pick), par Giovanni Fattovich (de Venise). (*Il cervello*, 30e année, n° 1, 15 janvier 1954, p. 1-26).

L'auteur rapporte une intéressante observation clinique et anatomique de maladie de Pick considérée, avant l'autopsie, comme une forme de démence

alcoolique, ayant évolué lentement et présenté une phase de rémission pendant un séjour à l'hôpital. Les données anatomiques et histologiques sont classiques. Une révision de la littérature est faite à propos de ce cas, surtout en ce qui concerne l'anatomie pathologique. 23 photographies. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Le suicide en Egypte, par G. El. Assal. (*Comptes rendus du 27e congrès international de médecine légale médecine du travail et médecine sociale de langue française*, Strasbourg, 27-29 mai 1954).

L'auteur rappelle que le suicide ne constitue pas un délit en Egypte, et qu'il y est rare en raison de la profonde foi religieuse. Il survient dans la proportion de 2 pour 100.000 habitants, surtout chez les hommes, principalement au printemps. Les moyens les plus communs sont le feu et le poison. La misère, la maladie et le désaccord familial semblent en être les causes les plus fréquentes.

L. R.

Suicide et accidents par ingestion de caustiques, par A.-J. Chaumont, A. Oppermann et A. Batzenschlager. (*Comptes rendus du 27e congrès international de médecine légale, médecine du travail et médecine sociale de langue française*, Strasbourg, 27-29 mai 1954).

Trois cas mortels. Dans l'un d'eux (suicide), la mort survint cinq jours après l'ingestion, provoquée par des lésions toxiques hépatiques, rénales et surrénales, associées à une nécrose diffuse de la paroi œsophagienne.

L. R.

Intoxication volontaire par la chlorpromazine (4560 R.P.), par Léon Langeron, Lucien Croccel et Denis de Swarte. (*Bull. de la Société médicale anatomo-clinique de Lille*, séance du 27 octobre 1954).

Observation d'intoxication modérée à la chlorpromazine (14,5 mgr./kg.) suivie d'une évolution bénigne. Les auteurs proposent une attitude thérapeutique prudente et éclectique en face d'un mode d'intoxication encore rarement rencontré.

L. R.

NEUROLOGIE

Le professeur J.-A. Sicard, sa vie et son œuvre, par le professeur H. Roger. (*Marseille médical*, n° 2, 1955, un extrait de 16 pages).

A l'occasion du 25e anniversaire de sa mort, le professeur H. Roger retrace la vie et évoque l'œuvre du regretté professeur J.-A. Sicard. Né à Marseille le 24 juin 1872, après des études médicales commencées dans sa ville natale, il devint externe, puis interne des hôpitaux de Paris. Elève de Brissaud et de Widal, il est nommé médecin des hôpitaux à 31 ans, puis agrégé en 1906. Professeur de pathologie médicale en 1923, il devait mourir prématurément

d'une crise d'angine de poitrine le 28 janvier 1929. De son œuvre si importante, il est possible de retenir particulièrement le lipiododiagnostic, les travaux sur les sciatiques, les névralgies faciales, la sclérose des varices. Les recherches et les découvertes de Sicard ont connu un développement considérable, enrichissant le diagnostic et la thérapeutique.

V.-J. Durand.

Quelques mots sur le réflexe radio-pronateur supérieur, par Eber Landau (de Lausanne). (*Bull. de la Société vaudoise des sciences naturelles*, vol. 65, n° 281, 1952, p. 311-315).

Rappelant les discussions soulevées à propos du mécanisme des réflexes tendineux, l'auteur étudie le cas du réflexe radio-pronateur supérieur décrit par lui. Il s'obtient par percussion de la tête du radius et se traduit par une pronation de l'avant-bras. Les muscles entrant en jeu sont essentiellement le rond et le carré pronateurs. La production de ce réflexe n'est pas en faveur de la conception de Hoffmann, qui admet l'excitation directe du muscle et l'importance de l'allongement de ce dernier. Références bibliographiques. Deux figures.

V.-J. Durand.

Sur l'agnosie tactile localisée. Etude des "oscillations de la fonction" (Funktionwandel), par B. Weil et H. Hécaen. (*L'encéphale*, t. 42, 1953, n° 6, p. 481-499).

Les auteurs présentent un cas d'empyème sous-dural d'origine otique qui, après opération, montra une agnosie tactile localisée aux derniers doigts de la main gauche avec paralysie pseudo-cubitale d'origine centrale. L'agnosie évolua en deux phases : rappelant d'abord une astéréognosie par déficit des analyseurs hylognosiques, sans anesthésie élémentaire, avec élargissement des compas de Weber, puis ayant les caractères d'une asymbolie tactile. Des « oscillations de la fonction » peuvent expliquer, au moins partiellement, ces phénomènes. On peut également se demander, avec le professeur Delay, si « l'asymbolie tactile ne représente pas seulement l'atteinte la plus superficielle et la plus minime du territoire cortical ». Trois figures.

V.-J. Durand.

Sur la pathogénie de l'acrocéphalosyndactylie (Sulla patogenesi dell' acrocefalosindattilia), par Antonio Sciorta (de Palerme). (*Il cervello*, 30e année, n° 1, 15 janvier 1954, p. 27-56).

L'auteur décrit un cas d'acrocéphalosyndactylie atypique, la syndactylie étant limitée à la soudure cutanée de deux orteils du pied droit. Après une revue des observations antérieurement publiées, l'auteur propose une nouvelle classification, puis étudie les problèmes étiologiques et nosologiques. Dans le cas présenté, peuvent intervenir l'hérédo-syphilis, l'hydrocéphalie interne, les centres trophiques diencéphalo-hypophysaires, les glandes endocrines, dans l'apparition du syndrome. D'importantes considérations sont faites sur l'importance des facteurs héréditaires. Six figures. Abondante bibliographie.

V.-J. Durand.

Dysostoses craniennes. Présentation de deux cas de cranio-sténose (Dysostose cranio-faciale de Crouzon et acrocéphalosyndactylie) et d'un cas d'hypertélorisme oculaire avec agénésie du corps calleux, par Jean Delage. (*Laval médical*, Québec, vol. 18, n° 9, novembre 1953, extrait de 18 pages).

L'auteur présente, en les illustrant de six photographies, trois cas assez typiques de dysostose cranienne : deux de craniosténose avec respectivement une dysostose cranio-faciale de Crouzon et une acrocéphalosyndactylie ; enfin un cas d'hypertélorisme oculaire avec agénésie du corps calleux retrouvée à la pneumo-encéphalographie. Dans les trois observations, l'arriération mentale était profonde. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Résultats fournis par l'examen des électro-encéphalogrammes et des clichés radiographiques du crâne des boxeurs, par André Ravina (de Paris). (*La Presse médicale*, 19 mars 1955).

Un électro-encéphalogramme perturbé chez un boxeur ne permet pas toujours d'établir qu'il existe des désordres cérébraux graves et que la pratique de la boxe doit être interrompue. Cette constatation doit être l'occasion d'un examen neurologique dont la valeur est primordiale pour la décision à prendre. Les modifications de l'électro-encéphalogramme paraissent plus en rapport avec l'âge et l'état organique qu'avec l'importance ou la fréquence des traumatismes, mais il semble qu'on ne puisse être un très bon boxeur qu'avec un électro-encéphalogramme normal.

L'examen radiologique du crâne permet d'attirer l'attention sur les dangers que peut faire courir une minceur osseuse particulière et semble montrer que des traumatismes répétés sont capables d'entraîner un épaississement de certains os. Le principal danger de la boxe est la possibilité d'une hémorragie intracranienne. L'encéphalite traumatique ou « punch-drunk » ne paraît pas avoir la fréquence et l'importance qu'on lui a longtemps accordées.

L. R.

A propos de quelques observations d'accidents neurologiques au cours d'infarctus du myocarde, par M. Creyx, J. Leng-Lévy, A. Serres et F. David-Chausse. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Bordeaux*, séance du 15 juin 1954).

Trois observations d'infarctus du myocarde accompagné ou précédé par des manifestations neuro-psychiques. Dans un cas, paralysie faciale d'origine centrale apparue dans les suites immédiates d'un infarcissement avec nécrose pariétale ventriculaire. Dans un autre cas, un vertige d'effort précéda d'une semaine l'apparition de l'infarctus avec bradycardie, des troubles psychiques à type d'excitation se manifestèrent au moment et dans les suites de l'accident cardiaque. Chez une troisième malade, l'infarctus s'accompagna d'une hémiplégie gauche.

La pathogénie de telles manifestations reste obscure : la thrombose vasculaire cérébrale, le spasme artériel réflexe, l'anoxémie due à la brusque hypotension créés par l'infarctus sont tour à tour invoqués, sans que puisse

être retenue pour tous les cas une explication univoque. Néanmoins, la connaissance de tels phénomènes est capitale, tant pour établir le diagnostic d'infarctus du myocarde que pour essayer, dans le cas où les troubles nerveux précèdent l'accident cardiaque, de faire jouer à la thérapeutique anticoagulante un rôle préventif.

L. R.

Le coma hépatique, par Jean Cambier. (*La Presse médicale*, 6 octobre 1954).

Des circonstances étiologiques du coma hépatique, maintenant bien précisées, on peut tirer quelques indications préventives. Le polymorphisme clinique, d'un malade à l'autre et chez un même malade, est très grand. Cependant, évolution habituelle des signes nerveux en deux phases, précoma et coma. Pronostic considéré autrefois comme fatal : on connaît maintenant d'assez nombreuses observations dont l'évolution se fit vers la guérison sans séquelles nerveuses. Le coma hépatique des cirrhoses paraît plus aisément réversible que celui des hépatites aiguës et c'est dans les cirrhoses qu'on peut observer des formes récidivantes.

L'absence de lésion anatomique notable dans les formes mortelles est, comme cette réversibilité, un argument en faveur de la nature « biochimique » de la souffrance du système nerveux. Les explorations biologiques n'ont pas permis de mettre en cause une perturbation humorale définie dans le mécanisme des troubles nerveux. Les travaux récents conduisent plutôt à penser que la souffrance du système nerveux résulte d'une altération du métabolisme cellulaire de nature enzymatique, le rôle néfaste de l'ammoniaque intra-cellulaire a été particulièrement mis en cause et cette hypothèse pourrait rendre compte de certains résultats thérapeutiques récents.

L. R.

Le diagnostic clinique rapide de la myasthénie à son début. Valeur du signe de l'orbiculaire des paupières et de sa recherche combiné avec l'injection-test de prostigmine, par A. Thévenard. (*La Presse médicale*, 8 janvier 1955).

De l'analyse de 42 cas observés en dix ans, les auteurs concluent que la myasthénie d'Erb-Goldflam (myasthenia gravis) est trop rarement l'objet d'un diagnostic exact et précoce. Le diagnostic, cependant presque toujours facile sans recours à une instrumentation compliquée, repose d'abord sur l'étude minutieuse du mode d'apparition des premiers troubles, de leur topographie et de leur aspect clinique. Sur 42 cas, le premier symptôme fut 24 fois une ophtalmoplégie, 11 fois une atteinte dans le territoire bulbo-protubérantiel, 7 fois un trouble moteur des membres. Caractère purement moteur des symptômes, absence de systématisation par rapport à la distribution nerveuse périphérique, variabilité dans le nycthémère, évolution fréquente en poussées brèves et d'abord spontanément curables, tel est le cachet très spécial de la myasthénie, suffisant pour faire soupçonner le diagnostic. La vérification peut être faite immédiatement par la recherche de la diminution de résistance à l'ouverture forcée des paupières énergiquement closes, manœuvre très simple. Cette diminution existait à des degrés variables,

mais sans exception, chez les 42 malades étudiés. Elle est effacée, et seulement chez les myasthéniques, par l'injection intra-musculaire de 1 mgr. 5 de prostigmine suivant la technique du test de Viets.

L. R.

Deux cas de paralysie périodique familiale, par A. Hosotte, M. Ferrand, J. Philippon, D. Widlocher et R. Soulayrol. (*Revue neurologique*, t. 91, n° 5, 1954, p. 347).

Deux cas de paralysie périodique chez deux frères ; chez l'aîné, âgé de 21 ans, les accès de paralysie ont débuté à l'âge de 14 ans, chez le cadet à l'âge de 11 ans. L'arrière-grand'mère maternelle, le grand-père paternel et le père des deux malades ont été ou sont atteints de cette même affection ou maladie de Westphall. Le grand-père est mort au cours d'un accès. Chez l'aîné des deux frères, la paralysie à éclipse, toujours de courte durée, de quelques heures souvent, n'apparaissait d'abord que les dimanches ou les jours fériés, puis cette périodicité particulière a été rompue. A noter que l'on ne constata pas d'hypokaliémie et qu'au cours d'un accès la kaliémie s'est trouvée plutôt augmentée. Chez le plus jeune frère, les accès ont une durée de trois à quatre jours. Chez les deux malades, les modifications électriques consistent, chez le premier sujet en signes de réaction de dégénérescence, et chez le second en la « réaction cadavérique » déjà décrite dans la maladie de Westphall. Le frère aîné est atteint d'exophtalmie bilatérale et le cadet d'un goitre. Ces constatations apportent de nouveaux arguments à la vieille théorie endocrinienne de la maladie de Westphall.

L. Marchand.

Forme médiastinale de neuro-lipomatose, par R. Even et M.-C. Sors. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 11 mars 1955).

Une observation anatomique très complète d'un sujet atteint d'une neuro-fibromatose de Recklinghausen généralisée et d'une lipomatose de Roch-Léri, permet, en tenant compte des faits cliniques et anatomiques déjà rapportés dans la littérature, de confondre les deux affections. Il semble qu'on puisse faire de cette lipomatose mésosomatique spéciale une forme particulière de la neuro-fibromatose de Recklinghausen, dont les autres signes sont alors moins apparents. La parenté très étroite des deux affections avait déjà été évoquée en 1892 par Alsberg, qui avait créé le terme de neurolipome. Cette conception entraîne des déductions thérapeutiques importantes : l'exérèse des lipomes peut être aussi préjudiciable dans ces cas que l'exérèse des schwannomes au cours de la neuro-fibromatose de Recklinghausen classique.

L. R.

L'atteinte du nerf auditif dans les malformations de la charnière occipito-vertébrale, par G. Lazorthes et J. Coll (de Toulouse). (*La Presse médicale*, 19 février 1955).

Dans la maladie de Paget cranienne, les troubles de l'audition sont fréquents et précoces, l'atteinte vestibulaire, plus tardive. Dans les malforma-

tions congénitales type platybasie et invagination basilaire, l'atteinte du 8e nerf cranien, en particulier les troubles vestibulaires existent dans plus de deux tiers des cas et sont souvent la première manifestation. Dans les malformations rachidiennes type occipitalisation, l'atteinte de l'auditif n'existe que s'il y a des malformations cérébro-méningées associées. Dans la malformation d'Arnold-Chiari, les troubles de l'équilibre par atteinte des voies vestibulo-cérébelleuses sont très fréquents. Les malformations de la charnière occipito-vertébrale déterminent donc fréquemment la souffrance des composantes cochléaire et vestibulaire du nerf auditif. Un examen cochléo-vestibulaire est rarement négatif.

L. R.

A propos des complications neuro-ophtalmologiques de l'artériographie cérébrale, par D. Philippidès, R. Steimlé, A. Brini et B. Montreuil. (*Bull. de la Société d'oto-neuro-ophtalmologie de Strasbourg*, séance du 12 juin 1954).

Etude des complications de l'artériographie carotidienne sur une série de 1.150 artériographies.

Avec l'umbradil suédois à 50 % employé en 1946-1947, les auteurs ont observé des pertes de connaissance et des crises nerveuses, et dans un cas l'aggravation d'une hémiparésie gauche. Depuis l'emploi de la diodone à 35 %, ils n'ont noté qu'une hémiplégie transitoire chez un malade présentant déjà des phénomènes hémiparétiques dus à une thrombose préexistante de la carotide interne et vérifiée histologiquement après l'artérioctomie.

Chez deux malades, ils ont observé des crises bravais-jacksoniennes, ces malades présentaient déjà auparavant des crises ; aucun décès cependant.

Au point de vue ophtalmologique, une hémianopsie homonyme transitoire. L'examen systématique du fond d'œil d'une série de 50 malades a révélé dans un seul cas l'apparition d'un exsudat flocconneux du côté de l'injection.

Les auteurs attirent l'attention sur la fréquence des complications signalée en particulier dans la littérature anglo-saxonne. Ils attribuent leur faible pourcentage de complications au fait que la diodone française à 35 % est bien supportée.

L. R.

Sur les altérations du fond de l'œil dans les traumatismes fermés du crâne (Sulle alterazioni del fondo oculare nei traumatismi chiusi del cranio), par Franco Barontini (de Florence). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 43, fasc. 1, 1954, p. 78-92).

L'auteur rapporte trois cas d'atteinte du fond d'œil à type de papille de stase sans lésions intra-craniennes associées. Dans les traumatismes fermés du crâne, la papille de stase peut être produite par la simple hypertension du liquide céphalo-rachidien ou par des troubles vaso-moteurs. Elle ne représente pas, par elle-même, un signe pathognomonique de complication intra-cranienne entraînant l'obligation d'une intervention chirurgicale. Avant de décider celle-ci, il est nécessaire de pratiquer d'autres explorations (carotidographie, encéphalographie).

V.-J. Durand.

Les manifestations ophtalmologiques des atrophies cérébrales, par M.-A. Querre. (*Bull. de la Société d'ophtalmologie de l'Est de la France*, séance du 12 décembre 1954).

De l'étude de 74 cas d'atrophie cérébrale, l'auteur insiste tout d'abord sur la fréquence de celle-ci au cours de l'intoxication éthylique et dans les syndromes post-traumatiques. Il a pu observer, au cours de l'évolution, différentes manifestations ophtalmologiques : agnosie visuelle, hémianopsie latérale homonyme, cécité corticale avec anosognosie. Il conclut enfin en soulignant l'intérêt de l'atrophie cérébrale, élément d'appréciation de la déchéance nerveuse.

L. R.

A propos d'un syndrome d'Adie, par R. Lafon, R. Cazaban, J. Minvielle et G. Olivier. (*Bull. de la Société d'oto-neuro-ophtalmologie de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 27 juin 1954).

Observation d'un syndrome d'Adie suivi pendant dix-neuf ans. Les premières manifestations (à 23 ans), consistaient en mydriase unilatérale avec pupillotonie et aréflexie photomotrice. Il existait, en outre, des douleurs fulgurantes dans le même œil, s'accompagnant de myosis. Le syndrome pupillaire est actuellement bilatéral ; il est associé à une aréflexie tendineuse et à un syndrome sympathique cervical postérieur. Discussion de cette dernière association et de l'origine rachidienne de certains syndromes d'Adie.

L. R.

A propos d'un cas de cénurose cérébrale, par J. Duplay, Magdeleine Bérard-Badier, P. Cossa et J. Ranque (de Nice et Marseille). (*La Presse médicale*, 27 avril 1955).

La cénurose est due à un parasite, le *Toenia multiplex*, assez fréquent chez l'animal, puisqu'il est responsable de la maladie du mouton que l'on appelle le « tournis ». Les cas de cénurose humaine sont extrêmement rares ; depuis l'observation princeps de Pierre Marie, Foix et Brumpt, huit cas seulement ont été publiés. Les auteurs rapportent un nouveau cas. Du vivant du malade, le diagnostic avait été celui d'hydrocéphalie bilatérale, paraissant due à un obstacle siégeant au III^{e} ventricule. L'intervention a révélé l'existence de vésicules dans la région chiasmatique. Jusqu'ici, un seul cas de guérison opératoire a été signalé en 1951 par Becker et Jacobson. Tous les autres malades ont succombé. Celui qui fait l'objet de cette publication n'a pas manqué à cette règle et l'autopsie a permis de relever l'énorme extension du processus, à toute la région basilaire du cerveau, ainsi que dans les vallées sylviennes, le sillon de l'hippocampe et autour du tronc cérébral. L'identification du parasite a pu être faite dans les vésicules.

L. R.

Sur un cas de cysticercose cérébrale chez le Noir, par Peter Janssen. (*Acta neurologica et psichiatrica Belgica*, février 1955).

Cas vérifié de cysticercose cérébrale chez un Noir du Congo belge. Rappel du cycle biologique aboutissant à l'enkystement dans le cerveau humain de

la larve du *Taenia solium*. Discussion séméiologique. Description des lésions microscopiques observées (4 figures).

Etant donné la fréquence de l'épilepsie chez les Noirs et la présence en Afrique centrale de la cysticercose cérébrale, l'auteur émet, en vue de recherches ultérieures, l'hypothèse que certaines épilepsies chez les Africains pourraient être dues à la cysticercose.

L. R.

Etudes sur la neurocysticercose. Lésions vasculaires, méningées, épendymaires et névrogliques (Estudios sobre neurocisticercosis. Lesiones vasculares, meningeas, ependimarias y neuroglicas), par J.-O. Trelles et R. Ravens. (*Revista de neuro-psiquiatra*, Lima, t. 16, n° 3, septembre 1953, p. 241-271).

Par imprégnation argentique sont étudiées les lésions produites par la cysticercose au niveau du névraxe. L'atteinte méningée est importante, surtout pour la leptoméninge et particulièrement dans la cysticercose racémeuse. Les vaisseaux sont fortement touchés, soit en zones localisées, soit de façon diffuse. On observe très fréquemment des signes d'épendymite granuleuse avec troubles de l'hydrodynamique du liquide céphalo-rachidien. La névroglie est atteinte dans ses divers éléments mais surtout dans l'astroglie. Il y a une prolifération gliale importante. Trente-cinq figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Les complications cérébro-méningées des filarioses, par Carayon, Sankale, Willm, Prévost. (*Comptes rendus des réunions médico-chirurgicales de Saïgon-Cholon*, réunion du 9 avril 1954).

Un Africain du Tchad, 27 ans, présente brusquement une hémorragie méningée avec présence de microfilaires de W. Bancrofti dans le liquide céphalo-rachidien. Evolution vers un état d'agitation psychomotrice, qui atteint son paroxysme au dixième jour, alors que le liquide céphalo-rachidien est rapidement redevenu clair. Un petit contexte neurologique dure également une quinzaine de jours. Guérison complète obtenue en deux mois. Les auteurs insistent sur la possibilité d'accidents neuro-méningo-psychiques propres aux filarioses. Considérations cliniques, pathogéniques et thérapeutiques fondées également sur 25 autres cas retrouvés dans la littérature.

L. R.

Encéphalite pétéchiale (Encefalite petecchiale), par G. Glück, V. Floris et P. Severini (de Rome). (*Rivista di neurologia*, vol. 23, fasc. 5, septembre-octobre 1953, p. 670-697).

Les auteurs présentent un cas atypique de typhus exanthématique caractérisé par une rechute mortelle six mois après la guérison clinique. Un soigneux examen histologique est fait des lésions d'encéphalite pétéchiale. Celle-ci se distinguerait des autres encéphalites nodulaires par la contiguïté des petits noyaux avec les artérioles, la présence de ramollissements de peu d'étendue, les altérations nécrotiques et thrombosiques des artérioles avec

hémorragies adventitielles et péri-adventitielles. Une revue de la littérature est faite à propos de cette observation. Vingt figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Encéphalites et méningites herpétiques humaines, par J. CAMBIER. (*La Presse médicale*, 26 février 1955).

Une dizaine d'observations anatomo-cliniques ont permis, depuis 1940, d'individualiser cliniquement et anatomiquement la méningo-encéphalite herpétique aiguë, affection mortelle en dix à quinze jours dont les lésions reproduisent celles de l'encéphalite expérimentale avec présence des inclusions acidophiles intranucléaires. Plusieurs travaux récents ont, d'autre part, confirmé par l'identification du virus et l'étude des anticorps l'existence de complications encéphalo-méningées curables de la maladie herpétique. Qu'il s'agisse des formes aiguës ou des formes curables, ces complications surviennent lors de la première infection d'un sujet jusque-là indemne de toute atteinte par le virus de l'herpès. Bien qu'il soit difficile actuellement de chiffrer l'importance statistique de cette étiologie, il paraît justifié d'étudier systématiquement les anticorps antiherpétiques dans la discussion étiologique des méningites lymphocytaires aiguës.

L. R.

Infantilisme par encéphalite méconnue due à une diphtérie également responsable de lésions cardiaques graves, par André LÉVY. (*Bull. de la Société de pédiatrie de l'Est*, séance du 4 décembre 1954).

Chez un garçon de 20 ans, infantile, bradycardie sinusale permanente à 30, en rapport avec un cœur considérablement agrandi dans toutes ses dimensions et atteint d'une lésion mitro-aortique chronique. Le facteur cardiaque est éliminé dans le déterminisme de l'arrêt de croissance et de l'absence de puberté au profit d'une atteinte encéphalique, cliniquement méconnue, n'ayant laissé aucune séquelle neurologique apparente et mise en évidence par l'électro-encéphalogramme. Les lésions cardiaques et l'atteinte encéphalique sont rattachées à une diphtérie d'évolution sévère, survenue à l'âge de 9 ans.

L. R.

Sur un cas d'encéphalite avec cérébellite par hérédo-syphilis tardive évolutive à réactions biologiques négatives. Importante amélioration par la thérapeutique spécifique, par R. PAULY. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Bordaux*, séance du 1er juin 1954).

Observation d'un syndrome d'ataxie cérébello-vestibulaire avec encéphalite en évolution subaiguë depuis quatre mois, considérablement améliorée par traitement spécifique. L'auteur pense pouvoir porter un diagnostic de cérébellite hérédo-syphilitique malgré une sérologie négative et en l'absence de réaction méningée.

L. R.

A propos d'un cas d'uvéoencéphalite non traumatique, par J.-P. Lévy, M. Achard et M. Champy. (*Bull. de la Société d'oto-neuro-ophtalmologie de Strasbourg*, séance du 4 décembre 1954).

Observation d'un cas d'uvéoencéphalite : syndrome méningé accusé, uvéite bilatérale, dysacousie et alopécie. Les auteurs discutent le diagnostic entre maladie de Harada et syndrome de Vogt-Koyanagi. Ils sont de l'avis des auteurs qui veulent faire de ces deux affections une entité clinique du nom d'uvéoencéphalite ou de méningo-uvéite.

L. R.

La ventriculographie a minima dans les hydrocéphalies ventriculaires, par M. Feld (de Paris). (*Bull. de la Société de neuro-chirurgie de langue française*, réunion d'Alger, 20-21 avril 1954).

S'inspirant de la saltographie de Ziedses des Plantes, l'auteur décrit une technique de ventriculographie fractionnée par ponction directe, utilisable dans toutes les hydrocéphalies ventriculaires, quels que soient le siège et la nature de l'obstacle et l'âge du malade. Les ventricules médians sont ainsi régulièrement injectés.

L. R.

Le tableau clinique et angiographique de l'occlusion de l'artère sylvienne (Il quadro clinico e angiografico dell'occlusione dell'arterio silviana), par Giovanni Alema et Guido Castorina (de Rome). (*Rivista di neurologia*, vol. 23, fasc. 5, septembre-octobre 1953, p. 625-660).

Les auteurs rapportent, de façon détaillée, six observations d'occlusion de l'artère sylvienne avec étude clinique et angiographique. Il s'agissait dans les six cas d'hommes de 47 à 52 ans ; le côté gauche était atteint cinq fois, le droit une seule. Sur certains points, les constatations ont été différentes de celles d'autres auteurs. L'angiographie a montré, ordinairement, des signes de suppléance au niveau de l'artère cérébrale antérieure, plus rarement, de l'artère cérébrale postérieure. Neuf figures. Tableau des cas de la littérature. Importante bibliographie.

V.-J. Durand.

La forme subaiguë de la thrombophlébite du sinus caverneux, par L. Barraquer-Bordas, A. Bachs et J. Barraquer-Moner (de Barcelone). (*La Presse médicale*, 12 mars 1955).

A propos d'une observation clinique personnelle, les auteurs délimitent le cadre clinique de la forme subaiguë de la thrombophlébite du sinus caverneux, caractérisée par le caractère modéré, ou très modéré, de la plus grande partie des symptômes de cette localisation classique et par son évolution prolongée. Ils commentent divers aspects de la question.

L. R.

Thrombo-artérite oblitérante diffuse rickettsienne, par J. Marty, R. Renner, R. Rispe, B. Bouvet, P. Navarranne et J. Mollaret. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 18 février 1955).

Observation d'un sujet jeune séjournant en Indochine qui présenta brusquement une hémiplégie droite par thrombose de la sylvienne gauche. La

constatation ultérieure d'un processus d'artérite oblitérante diffuse des quatre membres, la positivité contemporaine et à distance de réactions humorales du groupe des typhus, et notamment de la souche X 14 (typhus bukovien) permettent seuls d'établir le diagnostic de thrombo-artérite oblitérante rickettsienne. Les auteurs insistent sur la rareté d'un tel processus de diffusion au cours des pseudo-typhus.

L. R.

Sarcoïdose de Besnier-Bœck-Schaumann avec granulome silicotique cutané ; valeur séméiologique des troubles nerveux, par J. Brun et B. Duperrat. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 11 février 1955).

Chez un homme atteint de syndrome uvéo-parotidien, avec adénopathies médiastinales, une sarcoïdose se localisa électivement au sein même d'une petite cicatrice frontale qui datait de vingt-huit ans, et survenue à la suite d'une chute sur un mur de pierres sèches. A l'examen histo-pathologique, la lésion a l'aspect d'un granulome silicotique contenant des cristaux de silice visibles à la polarisation. La silice a donc constitué un point d'appel pour une localisation cutanée d'une sarcoïdose. Il y avait des algies, des troubles subjectifs divers avec paresthésies anormales sur la valeur séméiologique desquels les auteurs insistent tout particulièrement.

L. R.

Les données phlébographiques dans les tumeurs des hémisphères et des noyaux gris centraux. Etude systématique des éléments du phlébogramme profond pathologique dans les tumeurs sus-tentorielles, superficielles et profondes, par E. Laine, J. M. Delandtsheer, P. Calibert et M^lle^ Delandtsheer. (*Bull. de la Société française d'électroradiologie médicale (filiale du Nord)*, séance du 21 novembre 1954).

La création d'un tomogramme précise les limites normales de l'emplacement de la veine de Galien chez l'adulte et permet d'en déceler rapidement tout déplacement pathologique. L'intérêt du phlébogramme profond se conjugue à celui de l'artériogramme dans les tumeurs superficielles, cet intérêt devient essentiel du point de vue diagnostic et pronostic dans les tumeurs profondes.

L. R.

Tumeurs cérébrales chez le Noir, par P. Janssen et A. Piraux (avec la collaboration de P. Verhaegen et J. Crokaert). (*Acta neurologica et psychiatrica Belgica*, février 1955).

Huit observations cliniques de tumeurs cérébrales diverses chez le Noir. Les auteurs en soulignent la fréquence relative et l'identification histopathologique aux cas observés chez les Blancs. Ils insistent sur la nécessité de l'organisation en territoire africain d'une médecine de groupe. 9 figures.

L. R.

Sur les sarcomes primaires du cerveau (Uber die primaren Hirnsarkome), par K.-J. Zuelch (de Cologne). (*Archivio internazionale di studi neurologici*, vol. 2, fasc 2, septembre 1953, p. 97-131).

L'auteur étudie successivement du point de vue anatomique : 1) la sarcomatose diffuse des méninges ; 2) la sarcomatose diffuse des vaisseaux (sarcome périadventiciel) ; 3) le sarcome circonscrit de l'arachnoïde cérébelleuse ; 4) le sarcome circonscrit des vaisseaux (sarcome monstrocellulaire), étudié de façon plus détaillée ; 5) le fibrosarcome de la dure-mère ou méningiome malin. Des observations sont rapportées à propos desquelles sont indiquées les difficultés du diagnostic, surtout pour ce qui concerne les sarcomes vasculaires circonscrits. 24 figures. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

L'encéphalographie fractionnée dans le diagnostic des tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux ; méningiomes et neurinomes du VIII, par M. Riser, G. Lazorthes, J. Géraud et Rouleau (de Toulouse). (*Bull. de la Société de neuro-chirurgie de langue française* réunion d'Alger, 20-21 avril 1954).

La clinique suffit généralement au diagnostic. L'encéphalographie fractionnée peut toutefois repérer le volume de la tumeur ; elle permet de découvrir des petites tumeurs.

L. R.

Neurinome bilatéral de l'acoustique. Diagnostic par encéphalographie fractionnée. Exérèse totale, par M. Riser, J. Ducoudray et G. Lazorthes. (*Bull. de la Société d'oto-neuro-ophtalmologie de Toulouse*, séance du 22 novembre 1954).

Neurinome acoustique bilatéral manifesté d'abord par un syndrome cordonal bilatéral, pyramidal, et des signes cérébelleux. Mise en évidence par encéphalocisternographie fractionnée des deux tumeurs, à développement inféromédian. Interventions successives d'exérèse totale avec bon résultat.

L. R.

Du polymorphisme dans les neuroblastomes du système nerveux central, par M. A. Gerebetzoff et S. Thiry (de Liége). (*Archivio internazionale di studi neurologici*, vol. 2, fasc. 2, septembre 1953, p. 132-140).

Deux observations de neuroblastome cérébral sont rapportées. Leur aspect histologique est différent : l'une rappelle un spongioblastome polaire, l'autre se rapproche du glioblastome multiforme. Les auteurs montrent que les tumeurs de la lignée neurogénique présentent des formes très diverses au point de vue histologique. Il serait indiqué de désigner ce type de tumeur comme des « neuroblastomes polymorphes ». Douze figures. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Sur la leptoméningomélanoblastomatose (Sulla leptomeningomelanoblastomatose), par Franco Barontini (de Sienne). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 42, fasc. 5-6, 1953, p. 827-846).

Considérant la leptoméningomélanoblastomatose comme une entité primitive, l'auteur discute les théories pathogéniques diverses émises à son sujet. Il décrit ensuite un cas qui s'accompagnait d'un foyer étendu de ramollissement dans le centre semi-ovale gauche. Ce foyer est, pour l'auteur, en relation causale avec la néoplasie qui prendrait naissance dans les chromatophores de la pie-mère. L'absence complète de troubles psychiques, la pauvreté et la banalité des signes neurologiques rendent particulièrement difficile le diagnostic. Six figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Découvertes d'un méningiome homolatéral à l'hémiplégie grâce à l'artériographie carotidienne avec compression de la carotide du côté opposé, par Ch. Stabert, D. Ferey et Javalet. (*Bull. de la Société française d'électro-radiologie médicale, Journée nationale d'électro-radiologie 1954*, Paris, 14-16 octobre 1954).

Observation d'un malade présentant une hémiplégie gauche. L'artériographie carotidienne droite de face avec compression du côté opposé a permis de découvrir un énorme méningiome temporal gauche.

L'artériographie avec compression est indispensable dans les cas où le malade est dans le coma et sans aucun signe de localisation. En obtenant une opacification bilatérale, elle peut permettre d'éviter la ponction du côté opposé, en révélant la lésion du côté opposé à l'injection.

L. R.

Méningite otitique récidivante, par M. Ombrédanne et J. Siardet. (*Bull de la Société de laryngologie des hôpitaux de Paris*, séance du 15 novembre 1954).

L'aspect clinique faisait prévoir une fissure osseuse. Les radiographies l'ont démontré. L'intervention chirurgicale l'a confirmé et a permis d'y pallier. Seule peut être discutée l'origine de cette fissure osseuse ne siégeant pas sur une suture, sans qu'on puisse retrouver la moindre notion de traumatisme. Il est possible qu'il s'agisse d'une déhiscence congénitale.

L. R.

Arachnoïdite spinale et syndrome de décérébration au cours d'une méningite tuberculeuse ; guérison, par E. Schneegans, A. Haarscher, F. Isch et M^lle^ M. Lévy. (*Bull. de la Société de pédiatrie de l'Est*, séance du 4 décembre 1954).

Méningite tuberculeuse ayant évolué à bas bruit pendant environ trois semaines, compliquée d'emblée par un blocage spinal. Malgré traitement intensif, aggravation progressive de l'état général jusqu'à l'installation d'un syndrome de décérébration : perte totale de la conscience, raideur généralisée, quadriplégie spasmodique. Un essai de traitement à la streptokinase-

streptodornase s'est soldé par un échec. La cortisone administrée à deux reprises a été inopérante sur ce blocage constitué.

La symptomatologie neurologique régressa spontanément. A part une démarche légèrement ataxique, il n'y a pas de séquelles psycho-motrices. Les signes liquidiens de blocage persistent.

L. R.

Hémianopsie, séquelle d'une méningite tuberculeuse, par F. Thiébaut, F. Rohmer et M. Mengus. (*Bull. de la Société d'oto-neuro-ophtalmologie de Strasbourg*, séance du 4 décembre 1954).

Observation d'un jeune homme de 16 ans ayant présenté, au cours de la troisième semaine d'une méningite tuberculeuse, une hémianopsie latérale homonyme droite, sans signes pyramidaux ou sensitifs surajoutés. Les auteurs discutent le mécanisme physio-pathologique et le siège de la lésion d'après les résultats des examens clinique, électro-encéphalographique (foyer régressif temporo-occipital gauche), encéphalographique (dilatation ventriculaire).

L. R.

Problèmes actuels de pathologie, de clinique et de thérapeutique de la tuberculose cérébrale en foyer (Problemi attuali di patologia, clinica e terapia della tubercolosi cerebrale a focolaio), par V. Floris et C. Morocutti (de Rome). (*Rivista di neurologia*, vol. 24, fasc. 1, janvier-février 1954, p. 1-43).

Les auteurs décrivent sept cas de syndrome d'hypertension intracranienne avec signes de localisation par lésion cérébrale tuberculeuse. Dans quatre observations, une régression complète succéda au traitement par la streptomycine et l'isoniazide. Trois fois fut obtenue une nette amélioration. Le diagnostic fut porté sur l'existence d'une tuberculose extra-cérébrale et sur des signes évocateurs, cliniques ou biologiques. L'absence de données histologiques ne permet pas de savoir s'il s'est agi de tuberculomes cérébraux ou de processus inflammatoires exsudatifs localisés ou de formations granulomateuses. Une révision de la question est faite à propos de ces cas. Seize figures. Importante bibliographie.

V.-J. Durand.

Association de foyer cortical temporal avec bouffées paroxystiques de pointes-ondes bilatérales (Associazione di focus corticale temporale con scoppi parossistici di Punte-onde bilaterali), par V. Bergamini, S. Broglia, F. Marossero et A. Rivolta (de Turin). (*Rivista di Neurologia*, vol. 23, fasc. 6, novembre-décembre 1953, p. 754-770).

Les auteurs rapportent deux cas d'épilepsie psychomotrice opérés par lobectomie temporale droite. Il y avait chez ces malades des crises d'automatisme alternant avec des crises généralisées d'emblée ou précédées par une aura gastrique. On a noté l'apparition de bouffées paroxystiques de pointes-ondes après ablation du foyer épileptogène temporal, dans le premier cas, et l'association, dans le second cas, d'un foyer cortical avec des bouffées de pointes-ondes des deux côtés. Il faudrait différencier le mécanisme sous-cortical responsable des décharges paroxystiques de pointes-ondes

bilatérales synchrones, des mécanismes sous-corticaux intervenant éventuellement dans certains cas d'épilepsie temporale. Cinq figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Le syndrome praxique et gnosique au cours des lésions de l'hémisphère droit ; rôle respectif des lésions des hémisphères droit et gauche dans les troubles des fonctions symboliques, par H. Hécaen et J. de Ajuriaguerra (de Paris). (*La Presse médicale*, 16 mars 1955).

Analyse du syndrome du carrefour pariéto-temporo-occipital droit d'après l'étude de travaux récents et de 38 cas personnels. Ce syndrome est constitué essentiellement par des troubles de la somatognosie, l'apraxie de l'habillage, des troubles visuo-constructifs, des troubles de la pensée spatiale, des troubles du calcul et des troubles optico-vestibulaires. Il réalise pour les lésions du cerveau droit un groupement symptomatique équivalent, par sa valeur localisatrice, à l'aphasie dans les lésions du cerveau gauche. Exposé schématique des troubles des fonctions symboliques selon l'hémisphère lésé.

L. R.

Syndrome thalamique dû à une blessure par balle. (Sindrome talamico por herida de bala), par J. E. Azcoaga, J. Rodenstein, J. Zimman, C. Astarita, S. Zimman, M. Leicach et L. Zimman. (*Acta neuropsiquiatrica argentina*, vol. 1, n° 2, janvier 1955, p. 222-226).

La présente observation concerne un syndrome thalamique apparu un an et demi après une blessure cranienne par balle. Les troubles consistaient en hyperpathie spontanée et provoquée par des stimulations proprioceptives, apraxie idéo-motrice, hyperesthésie, algésie, pallesthésie, scotomes scintillants, symptômes pyramidaux et extrapyramidaux. L'examen anatomique montra que le trajet du projectile intéressait la face interne et le pôle du lobe frontal, le corps calleux, et touchait la face interne du thalamus, le tout du côté gauche. Par sa bilatéralité, par le type des stimulations capables de provoquer les douleurs, ce cas peut contribuer à appuyer la pathogénie corticale des syndromes thalamiques en général. Quatre figures.

V.-J. Durand.

Syndrome alterne pédonculaire par piqûre d'insecte, par R. Lafon, P. Pagès, R. Labauge et A. Pagès. (*Bull. de la Société d'oto-neuro-ophtalmologie de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 27 juin 1954).

Apparition, chez un garde forestier hypertendu artériel, dans les heures qui suivent une piqûre de la paupière supérieure droite par un insecte non identifié, d'une paralysie homo-latérale de la III^{e} paire, rapidement complétée par un syndrome cérébelleux et un discret syndrome parétique de l'hémicorps gauche. Régression en un mois de l'ophtalmoplégie, en deux mois du syndrome cérébelleux et déficitaire. Discussion du mécanisme : diffusion toxinique par voie nerveuse périphérique ou phénomène de libération histaminique sur un terrain vasculaire prédisposé aux réactions vasomotrices anarchiques.

L. R.

Sur les ramollissements du gyrus supramarginal gauche (Sui rammollimenti del giro sopramarginali sinistro), par Giovanni Fattovich (de Venise). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 42, fasc. 5-6, 1953, p. 969-984).

L'auteur décrit l'observation anatomo-clinique d'un cas de ramollissement du gyrus supramarginal gauche s'enfonçant dans la profondeur jusqu'au voisinage de la corne postérieure du ventricule latéral, et dû à l'occlusion de l'artère supramarginale. Cliniquement, il s'agissait d'une aphasie sensorielle avec affaiblissement intellectuel. A propos de ce cas, l'auteur rappelle d'autres observations de ramollissement du gyrus supramarginal, de la circonvolution pariétale ascendante, du pli courbe, comparant la symptomatologie suivant l'artère atteinte. Sont évoquées les questions de l'aphasie et de l'apraxie. Quatorze figures.

V.-J. Durand.

Recherches sur l'état des fonctions vestibulaires dans la maladie du sommeil, par H. Hallet et P. Janssen. (*Acta neurologica et psychiatrica Belgica*, février 1955).

Résultats des épreuves vestibulaires thermiques chez onze trypanosés. Inexcitabilité absolue à l'épreuve frigorique dans plus de la moitié des cas ; réponse à l'action calorique dans trois cas seulement. Réaction voltaïque plutôt exagérée. Constatations plaidant en faveur d'une atteinte des voies vestibulaires centrales.

Discussion de la méthodologie et de la valeur séméiologique des épreuves utilisées.

L. R.

Troubles oculaires et amblyopie toxique au cours du traitement de la trypanosomiase humaine africaine, par O. Debeir, 28 pages in. *Acta neurologica et psychiatrica Belgica*, février 1955).

De l'étude de 127 cas de trypanosomiase humaine africaine observée au Ruanda-Urundi, l'auteur conclut que les lésions du nerf optique fréquemment observées et cause de cécité sont dues à la thérapeutique par l'arsenic pentavalent, la trypanosomiase ne causant elle-même que des troubles passagers et sans gravité. Analyse histopathologique de deux cas pour montrer le caractère dégénératif toxique des lésions du nerf optique.

L'auteur insiste sur le rôle d'un traitement précoce visant à l'élimination du toxique, à la vaso-dilatation des tissus attaqués et à la protection des tissus rétiniens et nerveux. Contrairement à une opinion très répandue, l'adjonction d'hyposulfite à la tryparsamide ne paraît avoir aucun rôle protecteur. Mais la substitution de l'arsobal à la tryparsamide permet d'éviter les accidents oculaires.

L. R.

Corrélations électro-cliniques dans la trypanosomiase humaine africaine et dans la trypanosomose employée comme thérapeutique des affections psychiatriques graves, par J. Radermecker. 42 pages in. *Acta neurologica et psichiatrica Belgica*, février 1955).

Etude clinique et électro-encéphalographique de dix cas de trypanosomiase africaine et d'un cas d'infection expérimentale thérapeutique. Corré-

lations électro-cliniques confirmant les conclusions des travaux de Gastaut, Gallais et Badier. Les auteurs insistent sur le grand intérêt de l'étude bioélectrique pour suivre l'évolution de cette grave maladie.

L. R.

La sclérose en plaques familiale. Observations de trois sœurs. Contrôle histologique d'un de ces cas, par Roma Amyot, chef du service de neurologie de l'Hôpital Notre-Dame (Montréal). (*La Presse médicale*, 6 octobre 1954).

Trois cas de sclérose en plaques chez trois sœurs. Deux sont décédées. Diagnostic confirmé dans un cas par le contrôle anatomique et l'examen histologique des lésions cérébrales. L'incidence de la sclérose en plaques dans la population de contrées à climat similaire est d'environ 1 pour 2.000.

Des enquêtes portant sur la parentèle des cas de sclérose en plaques montrent une incidence beaucoup plus élevée. L'augmentation va jusqu'à douze fois l'incidence générale et même vingt fois dans une enquête qui n'incluait que la fratrie des sujets malades. Ces chiffres incitent à d'autres recherches sur l'action d'une influence génétique dans l'étiologie de la sclérose en plaques.

L. R.

Myélite tuberculeuse et tuberculome de la moelle (Mielite tubercolare e tubercoloma del midollo), par Giovanni Alema (de Rome). (*Rivista di neurologia*, vol. 23, fasc. 6, novembre-décembre 1953, p. 713-753).

Chez un jeune tuberculeux pulmonaire, en phase de rémission, se développe un syndrome médullaire pseudo-tumoral avec para-parésie spastique, hypoesthésie, douleurs, dissociation albumino-cytologique, arrêt du lipiodol à la myélographie au niveau correspondant à la limite des troubles sensitifs. On pose le diagnostic de tumeur intra-médullaire. L'opération montre une moelle œdémateuse sur deux segments. Le décès post-opératoire survient dès le premier jour. L'autopsie révèle une myélite centrale, avec important œdème et infiltration prenant par places un aspect granulomateux, foyers de nodules tuberculeux prédominant au niveau de la corne antérieure et de la colonne intermédio-latérale. Une longue discussion est faite à propos de cette observation. Vingt figures. Importante bibliographie.

V.-J. Durand.

Syphilis pseudo-tumorale de la moelle, par J. Gadrat, J. Quercy et G. Serena. (*Bull. de la Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse*, séance du 30 novembre 1954).

Observation d'un homme de 60 ans atteint de sciatique aiguë bilatérale avec trouble de la démarche à type spastique, sans troubles sphinctériens. A la ponction lombaire, liquide xanthochromique sans blocage avec albuminorachie élevée, forte réaction cellulaire et sérologie positive. Sérologie sanguine fortement positive. Traitement par le cyanure ii traveineux : en quelques jours, disparition complète des douleurs et récupération fonctionnelle totale de la marche.

L. R.

Myélite schistosomique due au S. Mansoni. Etude anatomo-clinique, par Z. Maciel, B. Coelho et G. Abath (*Revue neurologique*, t. 91, n° 4, 1954, p. 241).

La schistosomose est une maladie rare, observée surtout au Japon, aux Iles Philippines, en Egypte. Son agent est le *Schistosoma haematobium*, parasite dont l'infestation existe depuis longtemps puisqu'on trouva des œufs calcifiés dans les momies d'Egypte. La schistosomatose cérébrale est plus fréquente que la médullaire, dont le cas publié constitue le troisième au Brésil. La maladie est due au *Schistosoma mansoni*.

Dans l'observation présente, il s'agit d'une malade, âgée de 32 ans, qui fut atteinte d'une paraplégie sensitivo-motrice symptomatique d'une myélite aiguë transverse. A l'autopsie, on observa des lésions médullaires dans la région lombo-sacrée provoquées par la présence de nombreux œufs du parasite. D'après les publications recueillies sur cette maladie dans la littérature mondiale, les auteurs concluent que l'on peut observer deux variétés cliniques, l'une sous forme de pseudo-tumeur compresso-médullaire, l'autre sous forme de myélite. On est encore peu renseigné sur la façon dont les œufs du parasite pénètrent dans le névraxe. Dans le cas actuel de bilharziose médullaire, les recherches anatomo-pathologiques ont montré la présence d'œufs abondants de *Schistosoma mansoni* seulement dans la région lombo-sacrée. Les lésions sont principalement de nature vasculaire, avec phénomènes thrombotiques et hémorragiques ; elles consistent en endartérite nécrosante, endartériolites, infiltrats leucocytaires de l'intima, périartérite, œdème (quinze photomicros illustrent le travail).

L. Marchand.

Poliomyélite antérieure chronique, mégacesophage et hypersensibilité au curare comme chez les myasthéniques, par G. Borgen. (*Acta neurologica et psichiatrica Belgica*, février 1955).

Premier cas décrit chez un Noir du Congo belge, de poliomyélite antérieure chronique avec association chez ce jeune sujet d'un mégacesophage et d'une hypersensibilité à un curarisant qui rappelle la réaction des myasthéniques.

L. R.

Myélographies cervicales (Cervikalne mijelografije), par Vladimir Gvozdanovic (de Zagreb). (*Neuropsihijatrija*, Zagreb, vol. 1, n° 3, 1953, p. 175-191). (Résumé en anglais).

Après radiographies de la colonne cervicale de face, de profil et dans les positions obliques avec, au besoin, projections spéciales et tomographies, l'auteur emploie pour la myélographie un procédé personnel. Une fois faite l'injection intra-rachidienne lombaire de Pantopaque, le malade est placé successivement en décubitus ventral, puis dorsal, puis ventral, la table radiologique étant simultanément inclinée. Si on utilise l'iodipin, le produit de contraste peut être injecté par voie sous-occipitale. La méthode est surtout appliquée pour la recherche de prolapsus des disques intervertébraux. Onze radiographies. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Arthrose cervicale et diplopie, par R. Lafon, P. Pagès, J.-P. Temple, R. Labauge et Ch. Boudet. (*Bull. de la Société d'oto-neuro-ophtalmologie de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 27 juin 1954).

La pratique systématique de l'épreuve au verre rouge chez les sujets porteurs d'arthrose cervicale révèle la fréquence, onze fois sur vingt-trois, d'une diplopie, inapparente cliniquement. Cette diplopie disparaît chez ceux traités par tractions ou ultra-sons. On peut invoquer la pathogénie neuro-vasculaire habituelle du syndrome cervical et admettre un trouble vasomoteur dans les voies de l'oculo-motricité. Il peut s'agir également d'une perturbation purement fonctionnelle, dépendant de modifications toniques de la musculature du cou : celle-ci serait liée à l'oculo-motricité dans une fonction d'équilibration réflexe, l'atteinte d'un élément de ce système synergique retentissant sur l'autre.

L. R.

Deux cas de spondylite mélitococcique, par Marzet. (*Bull. de l'Académie de chirurgie*, séance du 8 décembre 1954).

La localisation vertébrale de la fièvre de Malte simule de très près le mal de Pott, à la fois par l'image radiologique (affaissement et fusion de deux corps vertébraux) et par l'apparition d'abcès du psoas qui peut se fistuliser. Deux malades guérirent par le seul traitement antibiotique, sans greffe vertébrale avec deux vertèbres synostosées mais non affaissées.

L. R.

La douleur du décubitus, ou la douleur à dormir debout. Neurinome para-rachidien dorsal, par L. Gayral, H. Anduze et B. Poutensant. (*Bull. de la Société d'oto-neuro-ophtalmologie de Toulouse*, séance du 22 novembre 1954).

Observation d'un homme porteur d'une douleur considérable dans le domaine de D 9, projetée surtout dans la région para-ombilicale et ressentie uniquement dans la situation verticale. Neurinome sur D 8 englobant D 9. Discussion du mécanisme de cette douleur. Hypothèse de compression radiculaire par l'intermédiaire de stase veineuse secondaire.

L. R.

L'aréflexie rotulienne dans les sciatiques radiculaires, par René Legrand, Marc Linquette, Pierre Warot et Pierre Agache. (*Bull. de la Société de médecine du Nord*, séance du 29 octobre 1954).

Sur 50 observations de sciatique radiculaire L 5 ou S 1, d'étiologie discale vraisemblable ou certaine, les auteurs ont relevé huit fois une abolition du réflexe rotulien, homolatérale ou controlatérale. Dans deux cas, l'aréflexie faisait partie d'un tableau de névralgie crurale ; six fois, elle était isolée. A la suite de Spurling, et, plus récemment, de Lièvre et Bloch-Michel, ils sont d'avis d'attribuer un rôle important aux phénomènes inflammatoires qui, habituellement localisés, sont susceptibles de s'étendre à distance de la racine comprimée.

L. R.

Méralgie paresthésique (Meralgia parestesica), par Orlando Sattanimi Duarte (de Rio de Janeiro). (*Neurobiologia*, Recife, t. 16, n° 1, mars 1953, p. 1-7).

L'auteur fait une rapide étude de la méralgie paresthésique recommandant pour le traitement une anesthésie préalable du nerf fémoro-cutané afin de juger de l'efficacité de la section ou de la résection éventuelle du nerf. Il y a intérêt à ne pratiquer l'intervention radicale que deux ans après le début des troubles. Il rapporte ensuite un cas opéré par lui. Cinq figures illustrent l'observation présentée.

V.-J. Durand.

Dystrophie réflexe du membre supérieur, par P. Mériel, R. Ruffié, P. Garric et A. Fournié. (*Bull. de la Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse*, séance du 27 avril 1954).

Plusieurs cas de dystrophie réflexe du membre supérieur, dont un cas récent chez un homme de 70 ans : le début aigu après un traumatisme ayant comporté l'introduction dans les doigts d'épines de figuier de barbarie, la bilatéralité d'emblée du syndrome, l'arrêt de l'évolution sous l'influence des infiltrations stellaires en constituent les particularités intéressantes.

L. R.

Troubles sympathiques d'origine cervicale au niveau d'un doigt, par P. Mériel, G. Lazorthes, R. Ruffié, P. Garric et A. Fournié. (*Bull. de la Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse*, séance du 29 juin 1954).

Observation d'un malade dont l'index gauche était le siège de troubles sympathiques : doigt sucé, à peau amincie, sueur locale, hyperesthésie cutanée. Il existait une hernie discale du couple C 6-C 7, vérifiée opératoirement et ayant évolué vers la formation d'un nodule uncophytique postérieur. Amélioration des douleurs après l'intervention.

Les auteurs évoquent la parenté possible de cette observation avec certains rhumatismes neuro-trophiques ; ils insistent sur la nécessité d'un traitement précoce.

L. R.

PSYCHOLOGIE

Bilan de la psychologie dans la première moitié du XX^e^ siècle, par M. Burloud. (*Revue philosophique*, janvier-mars 1955).

L'auteur, passant en revue les principaux domaines que la psychologie a explorés depuis cinquante ans, reconnaît les progrès prodigieux accomplis pendant ce demi-siècle. Nous ne pourrons donner ici qu'un compte rendu très fragmentaire de ce bilan.

En ce qui concerne la *psychophysiologie*, l'auteur note tout particulièrement la naissance de la réflexologie, de l'électro-encéphalographie, de la cybernétique. Les méthodes récentes ont renouvelé le problème des locali-

sations cérébrales, et à une conception structurale du fonctionnement cérébral a fait place une conception fonctionnelle.

La psychologie animale s'est distinguée par ses travaux sur l'apprentissage, l'instinct, l'intelligence, la capacité d'abstraction, pour ne citer que l'essentiel.

De 1900 à 1920, s'élabore la *psychopathologie* classique. A partir de cette époque, la diffusion de la psychanalyse joue un rôle fondamental.

La psychologie de l'enfant, sous l'impulsion de Claparède et de Piaget, notamment, met en évidence la différence de nature entre la mentalité enfantine et adulte. La méthode expérimentale et la psychométrie viennent s'adjoindre à la simple observation.

Sous le titre de *psychologie différentielle et typologie,* l'auteur cite rapidement les méthodes qui permettent d'étudier les aptitudes et le caractère.

La psychologie fonctionnelle qui étudie les fonctions psychiques (perception, mémoire, etc...), par opposition à la psychologie structurelle, a donné lieu à divers courants de recherches.

M. Burloud indique ensuite les principaux travaux parus en *psychologie religieuse.*

Il définit la *psychologie sociale* comme « l'étude des courants sociaux et du comportement collectif, ou bien celle du lien social comme lien spirituel ». Au centre de la psychologie sociale américaine se trouve la notion d'attitude et des méthodes de mesure des attitudes et opinions ont été mises au point. La psychanalyse a également apporté des vues fécondes en psychologie sociale. La microsociologie et la sociométrie ont cherché à élucider la nature du lien social.

Après un développement sur la *psychologie réflexive et intuitive,* l'auteur termine son bilan par un examen des principales *doctrines.* Il distingue celles qui n'admettent pas l'existence d'un dynamisme mental (le behaviorisme), et celles qui l'admettent (le gestaltisme, la phénoménologie, la psychanalyse). Il examine rapidement les théories de Pradines, Ruyer, et de Pierre Janet. M. Burloud pense qu'une analyse des *tendances* permettrait d'intégrer les découvertes les plus intéressantes de ce demi-siècle. Il conclut qu'en dépit de la réaction de la psychologie objectiviste contre les notions d'âme, d'esprit, de sujet, la psychologie, quelle qu'elle soit, ne saurait se passer de la référence au sujet.

M. Gluge.

Méthode en psychologie génétique, par M. Pradines. (*Revue philosophique,* janvier-mars 1955, p. 28-42

Cet article constitue la préface de l'ouvrage à paraître : « *L'aventure de l'esprit dans les espèces* ». L'auteur y dégage *a posteriori* les principes méthodologiques qui l'ont guidé dans ses recherches sur l'évolution historique de l'esprit.

Il condamne tout d'abord les tentatives d'explication de la phylogénèse par l'ontogénèse. Le développement du petit enfant et celui du singe ne sont pas absolument comparables : la seule interférence du langage suffirait déjà à les différencier.

Pas plus que la psychologie de l'enfant, la psychopathologie ne peut apporter à elle seule la solution du problème de l'évolution historique de l'esprit. Jackson, dont M. Pradines expose rapidement la théorie, a apporté des vues

extrêmement fécondes au génétisme en découvrant une « généalogie des fonctions ». Mais il ne faut pas abuser du rapprochement entre un état primitif dû à la dissociation psychopathologique et un état historiquement premier. En effet, la vie « ne crée le nouveau qu'en transformant l'ancien, qui ne peut donc jamais être retrouvé tel quel sous le nouveau ». Il faut tenir compte de l'interaction des acquisitions de l'esprit anciennes et récentes : la psychologie génétique ne saurait prendre pour modèle la géologie qui, elle, peut retrouver intactes les couches primitives.

M. Pradines critique l'évolutionnisme classique dans son principe et dans sa méthode. A son génétisme progressif, il veut substituer un génétisme régressif, car, dit-il, l'histoire de l'esprit « ne se lit pas du passé au présent, mais plutôt du présent au passé, par un effort pour démêler les conditions antécédentes inévitables des fonctions présentes ».

Dans cette histoire à rebours, l'auteur se refuse donc à chercher le tracé de l'évolution de l'esprit dans la paléontologie ou dans l'ontogénèse. On peut faire appel à ces sciences pour vérifier la validité de cette explication du présent par le passé, mais non rechercher en elles le principe même de cette explication.

M. Gluge.

La bio-affectivité (A bio-afectividade), par Gurandyr Manfredini. (*Jornal brasileiro de psiquiatria*, vol. 3, n° 1, 1954, p. 40-60).

Depuis l'antiquité, le rôle et l'importance de l'affectivité avaient été reconnus. Mais le développement des conceptions intellectualistes, en philosophie, en avait diminué l'étendue. Actuellement, de nombreuses écoles lui redonnent une place essentielle : écoles physiologiques, psychanalytiques, psycho-somatiques, behavioristes, hormistes, anti-intellectualistes de Mac Dougall. A l'opposé, les phénoménologues et les existentialistes lui réservent une position moins prééminente. L'auteur se montre favorable aux tendances biologiques et admet que « les charges affectives sont la substance fondamentale de la personnalité ». Un des caractères principaux du fait affectif est son dynamisme. C'est à la lumière de cette conception dynamique qu'il faut envisager le problème de l'instinct et de l'intelligence. On peut dire avec Ribot : « Ce n'est pas la raison qui se sert de la passion, mais la passion qui se sert de la raison pour arriver à ses fins. »

V.-J. Durand.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La Société médico-psychologique ne tiendra au mois de JUILLET qu'une seule *séance*. Cette séance aura lieu le *lundi 11 juillet 1955*, à 15 heures 30 *très précises*, à l'amphithéâtre de la Clinique de la Faculté, Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement).

Conformément à l'article 3 du Règlement, la Société médico-psychologique ne tiendra pas séance pendant le mois d'*août* ni pendant le mois de *septembre*.

La *séance ordinaire* du mois d'OCTOBRE de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 24 octobre 1955*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VIe arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de NOVEMBRE de la Société médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 14 novembre 1955*, à 10 heures *très précises*, à l'hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'amphithéâtre du pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de novembre de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 28 novembre 1955*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VIe arrondissement).

L'Assemblée générale et la *séance ordinaire* du mois de DÉCEMBRE de la Société médico-psychologique auront lieu le *lundi 19 décembre 1955*, à 10 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VIe arrondissement).

HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES

Concours du médicat des hôpitaux psychiatriques (14 juin 1955)

COMPOSITION DU JURY

Président : M. l'inspecteur général COULON.

Membres : M. L. GAYRAL, M. M. HACQUART, M. R. BERCEGEAY, Mme M. LUTZ-JAEHN, M. H. MIGNOT, M. Y. PORC'HER, M. P. RAUCOULÈS.

M. le Dr R. HAZEMANN, médecin-directeur départemental de la santé (Seine), représentait le directeur de l'hygiène sociale ; Mlle KAHN, administrateur civil, représentait le directeur du personnel et du budget.

Questions posées au concours

Anatomie et physiologie : *Lobe pariétal.*

Questions restées dans l'urne : Capsule interne. — Artère sylvienne.

Pathologie mentale : *Les états de stupeur (séméiologie, formes cliniques et diagnostic).*

Questions restées dans l'urne : Le suicide pathologique. — Syndrome de Korsakoff (signes, diagnostic et traitement).

Pathologie médicale et hygiène : *Maladie de Hodgkin.*

Questions restées dans l'urne : Hypertension maligne. — Prophylaxie de la variole.

Administration : *Commission de surveillance et commission administrative.*

Questions restées dans l'urne : Administration des biens des aliénés non interdits. — Protestion de la personne d'après la loi de 1838.

95 candidats étaient inscrits.

Après ces épreuves et les épreuves cliniques, ont été proposés pour remplir les fonctions de médecin-chef des hôpitaux psychiatriques :

MM. 1. *ex-æquo*, Fourny (L.) et Ganty (G.), 3. Mercier (J.), 4. Gentis, 5. Schnetzler (J.-P.), 6. Vallet, 7. Mme Deshayes (H.), MM. 8. Gantes, 9. Hemmi (J.), 10. Postel (J.), 11. Mlle Dampt (Th.), 12. Mlle Heyward (H.), 13. Mme Koechlin, MM. 14. Vidal (J.), 15. Perrin (J.), 16. Conseil, 17. Balier (Cl.), 18. Godard, 19. Ratsimialo-Ratandra (S.), 20. Derouet (E.), 21. Mahé (J.), 22. Guillon (A.), 23. Mlle Pochard, 24. Mme Dell (M.-B.), MM. 25. Houillon (G.), 26. Danillon (P.), 27. Jouppe, 28. Brochériou (J.).

SOCIÉTÉS

Association amicale des internes et anciens internes en médecine des hôpitaux psychiatriques de la Seine

Cette association vient de faire paraître son annuaire, lequel, mis à jour, contient parmi d'autres renseignements utiles : le règlement de l'association et les noms de ses membres ; le règlement du concours de l'internat et les questions posées à ce concours depuis 1920 ; le statut des médecins des hôpitaux psychiatriques et le règlement du concours du médicat ainsi que les questions posées aux épreuves de ce concours depuis 1920 ; les noms des internes et des chefs de service nommés à ces concours ; les mêmes indications concernant le concours spécial pour les établissements psychiatriques du département de la Seine ; des renseignements concernant l'enseignement de la psychiatrie en France ; la liste des établissements consacrés au traitement des maladies mentales avec la liste et les affectations des médecins du cadre général des hôpitaux psychiatriques, des directeurs administratifs, etc.

Cet utile annuaire, envoyé gratuitement à tous les membres de l'association, peut être obtenu par des personnes étrangères à l'association, en s'adressant au Dr O. Garand, *trésorier*, 15, rue Boissière, Paris (VIIIe).

Le Rédacteur en chef-Gérant : René Charpentier.

Masson et Cie Editeurs, Paris
Dépôt légal : 1955 (3e trimestre). — Numéro d'ordre : 2.113
Cahors, Imp. A. Coueslant (*personnel intéressé*). — 87.976. — 1955.
C.O.A.L. 31.2330.

Anti-épileptique **NOUVEAU**

SANS ACTION SUR LA FORMULE SANGUINE

MYSOLINE

ICI

contrôle les crises

PUBLICIS sfis

Comprimés à 0 gr. 25

Étuis de 20, 50, 200 comprimés

Remboursé Sécurité Sociale

LABORATOIRES AVLON S.A.

6, r. Blanche, ENGHIEN-les-BAINS (S.-&-O.) - Tél. 964-02-02

Concessionnaires pour la France et les Pays de l'Union Française de IMPERIAL CHEMICAL (PHARMACEUTICALS) Ltd., filiale de IMPERIAL CHEMICAL INDUSTRIES Ltd. à Manchester

sions des hémisphères droit et gauche dans les troubles des fonctions symboliques 359

J. E. Azcoaga, J. Rodenstein, J. Zimman, C. Astarita, S. Zimman, M. Leicach et L. Zimman. — Syndrome thalamique dû à une blessure par balle 359

R. Lafon, P. Pagès, R. Labauge et A. Pagès. — Syndrome alterne pédonculaire par piqûre d'insecte 359

G. Fattovich. — Sur les ramollissements du gyrus supramarginal gauche 360

H. Hallet et P. Janssen. — Recherches sur l'état des fonctions vestibulaires dans la maladie du sommeil 360

O. Debeir. — Troubles oculaires et amblyopie toxique au cours du traitement de la trypanosomiase humaine africaine 360

J. Radermecker. — Corrélations électro-cliniques dans la trypanosomiase humaine africaine et dans la trypanosomose employée comme thérapeutique des affections psychiatriques graves 360

R. Amyot. — La sclérose en plaques familiale. Observations de trois sœurs. Contrôle histologique d'un de ces cas 361

G. Alema. — Myélite tuberculeuse et tuberculome de la moelle 361

J. Gadrat, J. Quercy et G. Séréna. — Syphilis pseudo-tumorale de la moelle 361

Z. Maciel, B. Coelho et G. Abath. — Myélite schistosomique due au *S. mansoni*. Etude anatomo-clinique 362

G. Borgen. — Poliomyélite antérieure chronique, mégaœsophage et hypersensibilité au curare comme chez les myasthéniques 362

V. Gvozdanovic. — Myélographies cervicales 362

R. Lafon, P. Pagès, J.-P. Temple, R. Labauge et Ch. Boudet. — Arthrose cervicale et diplopie 363

Marzet. — Deux cas de spondylite mélitococcique 363

L. Gayral, H. Anduze et B. Poutensant. — La douleur du decubitus ou la douleur à dormir debout. Neurinome para-rachidien dorsal 363

R. Legrand, M. Linquette, P. Warot et P. Agache. — L'aréflexie rotulienne dans les sciatiques radiculaires 363

O. Sattanimi. — Méralgie paresthésique .. 364

P. Mériel, R. Ruffié, P. Garric et A. Fournié. — Dystrophie-réflexe du membre supérieur 364

P. Mériel, G. Lazorthes, R. Ruffié, P. Garric et A. Fournié. — Troubles sympathiques d'origine cervicale au niveau d'un doigt 364

Psychologie.

M. Burloud. — Bilan de la psychologie dans la première moitié du XX^e siècle 364

M. Pradines. — Méthode en psychologie génétique 365

G. Manfredini. — La bio-affectivité 366

VARIETES

Société médico-psychologique :

Séances 367

Hôpitaux psychiatriques :

Concours du médicat des hôpitaux psychiatriques (14 juin 1955) 367

Sociétés :

Association amicale des internes et anciens internes en médecine des hôpitaux psychiatriques de la Seine 368

INFORMATIONS

114^e Réunion annuelle de « The Royal Medico-Psychological Association » (Dublin, 12-15 juillet 1955) XV

Journées scientifiques de médecine préventive et sociale (Vichy, 2-5 septembre 1955) .. XV

III^e Congrès international de criminologie (Londres, 2-18 septembre 1955) XVI

Congrès international pour l'étude de la phonation et du langage (Paris, 18-22 oct. 1955) XVI

HYDROTHÉRAPIE — ÉLECTROTHÉRAPIE

CHATEAU DE SURESNES

10, Quai Galliéni. Tél. : Long. 12.88
situé aux portes de Paris (Métro Porte de Neuilly. Autobus 144)

Maison de santé moderne - pour malades nerveux -
fondée par M. le Dr V. MAGNAN
Membre de l'Académie de Médecine
Médecins-Directeurs : Dr FILLASSIER - Dr DURAND-SALADIN

INFORMATIONS

114e REUNION ANNUELLE DE THE ROYAL MEDICO-PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION

(Dublin, 12-15 juillet 1955)

La *114e Réunion annuelle* de *The Royal Medico-Psychological Association* aura lieu à *Dublin*, les *12, 13, 14* et *15 juillet 1955*, sous la *présidence* de M. John DUNNE, M.D., B.Ch., D.P.M., D.P.H.

Des rapports seront présentés par le Dr G. M. SMITH (*Psychiatrie administrative à l'hôpital*), le Dr T. P. REES (*Thérapeutique de groupe*), Mr. A. A. MC CONNELL, F.R.C.S.I. (*Syndrome céphalique post-traumatique*), le professeur John DUNNE (*Six cas cliniques d'hématome sous-dural*), le Dr B. E. HONAN (*Gériatrie*), le Dr E. M. N. SULLIVAN (*Thérapeutique occupationnelle*), le Dr R. A. MAC CARTHY (*The Mental Treatment Act, 1945*).

De nombreuses invitations, réceptions, visites d'Université, d'hôpitaux, sont également prévues.

Secrétaire général : Dr R. W. ARMSTRONG.

JOURNEES SCIENTIFIQUES DE MEDECINE PREVENTIVE ET SOCIALE

(Vichy, 2-5 septembre 1955)

Les prochaines *Journées scientifiques de médecine préventive et sociale* auront lieu à *Vichy*, du *2* au *5 septembre 1955*, et comporteront l'exposé et la discussion de nombreux rapports, parmi lesquels un rapport sur « Le dépistage précoce des affections mentales », par le Dr H. MIGNOT, médecin des hôpitaux psychiatriques de la Seine.

Renseignements concernant ces Journées : Dr COURBAIRE DE MARCILLAT, secrétaire général de la Société française de médecine préventive et sociale, 18, place de Jaude, Clermont-Ferrand.

(Suite des informations page XVI).

CLINIQUE MÉDICALE DE VILLE-D'AVRAY

Dr Ch. BRISSET
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Dr J.-A. GENDROT
Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Paris

23, Rue Pradier à Ville d'Avray (Seine-et-Oise)

Téléphone : par le Régional II. Chaville 342 (jour), 955 (jour et nuit)

III[e] CONGRES INTERNATIONAL DE CRIMINOLOGIE

(Londres, 2-18 septembre 1955)

Ce Congrès aura lieu à *Londres*, au Bedford College, du 2 au *18 septembre 1955*, et aura pour thème *le récidivisme*.

I. *Définition et examen statistique du récidivisme* (D[r] Norval Morris, Melbourne, et professeur R. Grassberger, Vienne).

II. *Description des différentes formes du récidivisme et leur évolution* (D[r] C. H. Andersen, Anvers, et professeur W. Reckless, Colombus, Ohio).

III. *Causes du récidivisme* (professeur J. M. Kumarappa, Bombay, et professeur P. A. H. Baan, Utrecht).

IV. *Pronostic du récidivisme* (professeur Sheldon Glueck, Cambridge, Massachusetts, U.S.A., et D[r] Israël Drapkin, Santiago-du-Chili).

V. *Traitement du récidivisme* (M. Charles Germain, Paris, et D[r] Georg K. Sturup, Herstedvester, Danemark).

Des réunions sociales et des visites d'intérêt scientifique auront lieu pendant la durée du Congrès et la semaine suivante. Les *inscriptions* sont déjà reçues, afin de limiter le nombre des participants.

Les communications doivent être envoyées en trois exemplaires au secrétaire scientifique du Congrès : 28, Weymouth Street, Londres, W. 1.

Inscriptions avant le 1[er] juillet 1955. — Langues officielles du Congrès : l'anglais, le français et l'espagnol.

Président : D[r] Denis Carroll.

Secrétaire général : M. Hugh J. Klare, 28, Weymouth Street, London, W. 1. — *Organisateur :* M. H. O. Cox (même adresse).

CONGRES INTERNATIONAL POUR L'ETUDE DE LA PHONATION ET DU LANGAGE

(Paris, 18-22 octobre 1955)

Du 18 octobre (inclus) au 22 octobre (inclus) 1955, aura lieu à Paris, à la Sorbonne, un *grand Congrès international*, tenu en commun par l'Association française pour l'étude de la phonation et du langage (IV[e] Congrès annuel), et le Haut-Collège international pour l'étude psychophysiologique et psychopathologique des langages, des langues et de la pensée (I[er] Congrès biennal).

Laboratoire de psychophysiologie de la Sorbonne, 1, rue Victor-Cousin, Paris, 5[e].

CLINIQUE DE VERSAILLES

62, rue Albert Joly, à VERSAILLES (S.-et-O.).

Tél. : VER. 23-96

PSYCHOSES — NÉVROSES — TOXICOMANIES — TOUTES LES THÉRAPIES CONVALESCENCES - REPOS

MÉDECIN-DIRECTEUR : D[r] PIERRE FOUQUET

Ancien chef de clinique à la Faculté de Paris

MASSON ET C^IE^, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MEDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

Table générale et alphabétique

TOME IV

(1931 à 1950)

Un volume de 858 pages..... 5.000 fr.

(plus frais d'envoi : 200 fr.)

PRÉCÉDEMMENT PARUS :

Table générale et alphabétique, Tome I (1843 à 1866), 1 vol.

Table générale et alphabétique, Tome II (1867 à 1878), 1 vol.

Table générale et alphabétique, Tome III (1879 à 1930), 1 vol.

Ces 4 volumes, contenant chacun une « table alphabétique par noms d'auteurs» et une «table analytique des matières» constituent l'unique répertoire bibliographique des travaux neuro-psychiatriques publiés depuis 1843.

COLLECTIONS DU

Bulletin de la Société Clinique de Médecine Mentale

depuis sa fondation en 1908

17 volumes brochés avec nombreuses figures dans le texte et planches hors texte (Tomes I à XV et XVIII). Années 1908 à 1928 et 1930. Le tome XVII (1929) est épuisé

Médecine mentale de guerre. N° spécial, décembre 1917

Conditions sur demande

CLINIQUE MEDICALE

DE

CHAILLOT

15, Rue Boissière, PARIS-16e

Téléphone : KLEber 59-56

Docteur GARAND *Docteur MIGAULT*

Anciens Chefs de Clinique à la Faculté de Paris

●

MALADIES DU SYSTEME NERVEUX

MEDECINE GENERALE

(Contagieux exceptés)

REGIMES

TRAITEMENTS DE L'ALCOOLISME

Published in France.

4 SHL WITHDRAWN